



Waco Kids Dental

1121 Lake Air Drive

Specialist

Waco, TX 76710

P: 254-772-8330

F: 254-772-8496

Aaron C. Blackwelder

Board Certified Pediatric

Tjel C. Olson DMD

General Dentistry Limited to Children

Hoja de información:

Fecha de hoy: _____

Nombre del niño: _____ fecha de nacimiento del
niño: _____ Edad: _____
NOMBRE INICIAL APELLIDO

Teléfono Casa: (____) _____ Tel. Celular: (____) _____

Dirección del niño: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Email: _____ **TEXT o EMAIL** confirmación?

Patient's Medicaid (*please circle*) MCNA/CHIPS, DENTAQUEST/CHIPS, TRADITIONAL ID # _____

Otros hermanos atendidos por nosotros: _____

Quién acompaña al niño hoy?

Nombre: _____ Relación: _____

Estado civil de los padre (*please circle*) Solteros, Casados, Viudos,
Divorciados, Separados

Información de Padre: (*please circle*) Padre, Padrastro, Guardián

Nombre: _____ fecha de nacimiento de usted: _____

Tel. Celular # (____) _____ #de Seguro Social _____

Email: _____ Patrón: _____

Seguranza

Nombre de la compañía de seguros: _____ Teléfono de la compañía de
seguros# _____

Número de grupo# _____

Información de Madre: (*please circle*) Madre, Madrastra, Guardián

Nombre: _____ fecha de nacimiento de usted: _____

Tel. Celular # (____) _____ #de Seguro Social _____

Email: _____ Patron: _____

Seguranza

Nombre de la compañía de seguros: _____ Teléfono de la compañía de
seguros# _____

Numero de grupo# _____



Waco Kids Dental

1121 Lake Air Drive

Specialist

Waco, TX 76710

P: 254-772-8330

F: 254-772-8496

Aaron C. Blackwelder

Board Certified Pediatric

Tjel C. Olson DMD

General Dentistry Limited to Children

Pariente o amigo que no viva con Ud.

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono(____) _____

A quién debemos agradecerle que lo refiriera?

Dentista anterior/Presente: _____ Última visita: _____

Por qué trajo al niño al dentista hoy?

Actualmente tiene dolor el niño? **SI** or **NO**

Necesita el niño antibióticos antes de recibir tratamiento dental? **SI** or **NO**

Ha tenido el niño problemas serios/complicaciones asociadas con trabajos dentales previos? **SI** or **NO**

Médico del niño _____ Teléfono _____

Por favor, describa la salud física de su hijo: (circle one) **Buena, Regular, Pobre**

Lista de medicamentos que está tomando actualmente el niño:

Lista de las drogas y las cosas que el niño es alérgico a:

(Por favor círculo si esto se aplica) **LÁTEX, METALES, PLÁSTICOS, O ROJO TINTE**

Ha experimentado el niño alguno de los siguientes problemas?

ADD/ADHD **Si or No**

Hospitalización/Operaciones? **Si or No**

Huesos/Coyunturas/Válvulas artificiales **Si or No**

Asma **El niño tiene alguna(s) de las siguientes experiencias?**

Cáncer **Si or No**

Defecto congénito del corazón **Alimentado pecho Si or No**

Convulsiones **No Si or No Mordisquear objetos Si or No**

~Serving the Children of Central Texas~

Rechinar los dientes

Si or No

Morderse los labios

Si or



Waco Kids Dental

1121 Lake Air Drive

ialist

Waco, TX 76710

P: 254-772-8330

F: 254-772-8496

Aaron C. Blackwelder

Board Certified Pediatric

Tjel C. Olson DMD

General Dentistry Limited to Children

Diabetes	Si or No	
Epilepsia	Si or No	
Discapacitación/Minusvalía		Si or No
Problemas de audición	Si or No	
Soplo del corazón	Si or No	
Alta presión		Si or No
Ronchas	Si or No	
Problemas con los riñones		Si or No
Prolapsia de la válvula mitral		Si or No
Fiebre reumática	Si or No	
Tuberculosis		Si or No

Por favor discutir cualquier problema médico grave que el niño tiene: _____

Nuestra oficina cumple con las normas HIPPA y está comprometida con satisfacer o exceder las normas de control de infecciones emitidas por la OSHA, el CDC y la ADA.

Certifico que la información que he proporcionado _____ es hasta donde yo sé correcta. Autorizo al personal dental a llevar a cabo aquellos servicios dentales que sean necesarios para el niño.

Firma del padre or guardián _____ **Fecha:** _____