

New Patient Registration Form

Formulario de registraci3n de nuevos pacientes

Today's Date: _____ Patient (Child's) Name: _____
Fecha de hoy: Nombre/s y apellido/s del (menor) paciente

Date of Birth: _____ Age: _____ Gender (circle): Male Female
Fecha de nacimiento Edad G6nero (circule) Masculino Femenino

School Name: _____ Reason for Visit: _____
Nombre de la escuela Motivo de su visita

Child's Pediatrician: _____ Phone: _____
Pediatra del menor Tel6fono

Your Name: _____ Date of Birth: _____
Sus nombre/s y apellido/s Fecha de nacimiento

Your relationship to patient: *Su relaci3n con el paciente* _____

Street Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
Domicilio particular Ciudad Estado C3digo postal

Home Phone: _____ Cell Phone: _____ Work phone: _____
Tel6fono fijo Celular/m3vil Tel6fono del trabajo

Email: _____ Driver's License #: _____
Direcci3n de correo electr3nico N3 de licencia de conducir

Spouse Name: _____ Date of Birth: _____
Nombre/s y apellido/s del conyugue Fecha de nacimiento

Preferred contact method? (circle as applicable) E-mail Text Home Phone Cell Phone Work Phone
¿C3mo prefiere ser contactado? (Circule) email Texto Tel. particular Tel. celular Tel. Trabajo

Emergency contact (other than you): Name: _____
Contacto de emergencia (no usted; otra persona): nombre/s y apellido/s

Relationship to Patient: _____ Phone: _____
¿Relaci3n con el paciente? Tel6fono

Besides you, provide 2 alternate adults (over age 18) who are authorized to bring your child to the dentist?
¿Adem3s de usted, facilítenos nombre/s y apellidos de otros 2 adultos (mayores de 18) autorizados a traer a su menor al dentista?

1) Name: _____ Relationship to Patient: _____
Nombre/s y apellido/s Relaci3n con el paciente

Street Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
Domicilio particular Ciudad Estado C3digo postal

Home Phone: _____ Cell Phone: _____
Tel6fono fijo Tel6fono m3vil

Driver's License #: _____ Date of Birth: _____
N3 de licencia de conducir Fecha de nacimiento

2) Name: _____ Relationship to Patient: _____
Nombre/s y apellido/s *Relación con el paciente*

Street Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
Domicilio particular *Ciudad* *Estado* *Código postal*

Home Phone: _____ Cell Phone: _____
Teléfono fijo *Teléfono móvil*

Driver's License #: _____ Date of Birth: _____
N° de licencia de conducir *Fecha de nacimiento*

Referral Source: How did you hear about us? Please be as specific as possible.
Fuente de referido: ¿Como se enteró de nosotros? Sea lo más específico posible.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pediatrician (specify below)
<i>Pediatra (especifique abajo)</i> | <input type="checkbox"/> Driving by - <i>Pasaba por aqui</i> | <input type="checkbox"/> Facebook |
| <input type="checkbox"/> Magazine (specify below)
<i>Revista (especifique abajo)</i> | <input type="checkbox"/> Sports and activities
<i>Deportes y actividades</i> | <input type="checkbox"/> School (specify below)
<i>Escuela/colegio (especifique abajo)</i> |
| <input type="checkbox"/> Friend (specify below)
<i>Amigo/a (especifique abajo)</i> | <input type="checkbox"/> Autism Notebook
<i>Revista Autism Notebook</i> | <input type="checkbox"/> Insurance (specify below)
<i>Seguro (especifique abajo)</i> |
| <input type="checkbox"/> Relative (specify below)
<i>Familiar (especifique abajo)</i> | <input type="checkbox"/> Google | <input type="checkbox"/> Other (specify below)
<i>Otro (especifique abajo)</i> |
| | <input type="checkbox"/> Zocdoc | |

Referral/Source Name: _____
Fuente de referido - nombre/s y apellido/s

Patient Medical and Dental History

Historial clínico y dental del paciente

Does your child have a history of **ANY** of the following medical conditions below? Please check **ALL** that apply.
 ¿Tiene su menor antecedentes de **ALGUNA** de las siguientes afecciones de salud? Sírvase marcar **TODAS** las que correspondan.

<input type="checkbox"/> Heart Disease <i>Cardiopatía</i>	<input type="checkbox"/> Cerebral Palsy <i>Parálisis cerebral</i>	<input type="checkbox"/> Innocent Heart Murmur <i>Soplo del corazón inofensivo</i>	<input type="checkbox"/> Spina Bifida <i>Espina bífida</i>
<input type="checkbox"/> Organ Transplant <i>Transplante de órgano</i>	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Asthma <i>Asma</i>	<input type="checkbox"/> Visual/Auditory impaired <i>Discapacidad visual, auditiva</i>
<input type="checkbox"/> HIV/AIDS <i>Sida/VIH+</i>	<input type="checkbox"/> Seizures/Epilepsy <i>Convulsiones/epilepsia</i>	<input type="checkbox"/> GI Disorders/Reflux <i>Enfermedad de reflujo gástrico</i>	<input type="checkbox"/> Speech Impediment <i>Problemas de expresión</i>
<input type="checkbox"/> Sickle Cell Disease <i>Anemia de células falciformes</i>	<input type="checkbox"/> Hepatitis Type A/B/C	<input type="checkbox"/> ADHD <i>TDAH</i>	<input type="checkbox"/> Recurrent Ear Infections <i>Infecciones recurrentes de oído</i>
<input type="checkbox"/> Rheumatic Fever <i>Febre reumática</i>	<input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis <i>Fibrosis quística</i>	<input type="checkbox"/> Autism <i>Autismo</i>	<input type="checkbox"/> Whooping Cough <i>Tos ferina</i>
<input type="checkbox"/> Endocarditis	<input type="checkbox"/> Liver/Kidney Disease <i>Enfermedad hepática/renal</i>	<input type="checkbox"/> Down's Syndrome <i>Síndrome de Down</i>	<input type="checkbox"/> Eating Disorder <i>Trastorno alimenticio</i>
<input type="checkbox"/> Diabetes (Type I or II) <i>Tipo de diabetes (I o II)</i>	<input type="checkbox"/> Sleep Apnea <i>Apnea nocturna</i>	<input type="checkbox"/> Developmental Delay <i>Retraso del desarrollo</i>	<input type="checkbox"/> Dizziness/Fainting <i>Mareos, desmayos</i>
<input type="checkbox"/> Abnormal Bleeding/ Hemophilia/Thalassemia <i>Sangrado anormal, hemofilia, talasemia</i>		<input type="checkbox"/> Psychiatric Illness <i>Enfermedad psiquiátrica</i>	<input type="checkbox"/> Genetic Disorder <i>Afección genética</i>
<input type="checkbox"/> History of Cardiac Surgery <i>Historial de cirugía cardíaca</i>		<input type="checkbox"/> Drug/Alcohol/Tobacco use <i>Problemas de alcohol/drogas</i>	
<input type="checkbox"/> History of Blood Transfusions/Dialysis <i>Historial de transfusiones de sangre, diálisis</i>		<input type="checkbox"/> Pregnant (Currently) <i>Embarazada (al presente)</i>	
<input type="checkbox"/> Bone Marrow Transplant <i>Transplante de médula</i>		Other medical conditions (please list/explain): <i>Otras afecciones de salud (sírvase enumerar y explicar)</i> _____ _____ _____ _____	
<input type="checkbox"/> History of Cancer/Tumors <i>Historial de cancer, tumores</i>			

The conditions in this box may require medical consultation and antibiotic prophylaxis.

Las afecciones de salud mencionadas en este recuadro podrían requerir consulta médica y profilaxis antibiótica.

Does your child have any **ALLERGIES** to the following?
 ¿Es su menor alérgico a los siguientes?

NO KNOWN ALLERGIES Latex Penicillin
No se conocen alergias Latex Penicilina

Medications: _____ Food/Other: _____
Medicamentos Alimentos, otros

Does your child take any medications? *¿Toma algún medicamento su menor?*

NO MEDICATIONS YES, please list: _____
No toma medicamentos Si afirmativo, por favor enumere

Has your child ever been hospitalized or had surgeries? *¿Su menor ha sido hospitalizado o tenido cirugías?*

NEVER BEEN HOSPITALIZED YES, please specify: _____
Nunca ha sido hospitalizado Si afirmativo, explique

Is this your child's first visit to a dentist? YES NO, date of last visit: _____
¿Primera visita dental del menor? Sí No, ¿fecha de su última visita?

How many times per day does your child brush his/her teeth? 0 1 2 ≥3 Adult Supervision? Yes No
¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes su hijo/tutelado? ¿Supervisión adulta? Sí No

How many times per day does your child floss his/her teeth? 0 1 2 ≥3 Adult Supervision? Yes No
¿Cuántas veces al día usa seda dental su hijo/tutelado? ¿Supervisión adulta? Sí No

Has your child ever had any trauma or injuries to the mouth or teeth? *¿Tuvo alguna vez lesión o trauma bucal o dental?*

NO PAST TRAUMA/INJURIES YES, please specify: _____
Ninguna lesión o trauma Si afirmativo, explique

Does your child currently have any dental pain? *¿Tiene su hijo/tutelado dolor en los dientes en este momento?*

NO PAIN YES, please specify: _____
Ningún dolor Si afirmativo, explique

Does your child have any of the following habits? *¿Tiene su hijo/tutelado alguno de los siguientes hábitos?*

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Thumb/Finger Sucking
<i>Chuparse el pulgar y/o dedos</i> | <input type="checkbox"/> Lip Biting/Sucking
<i>Morderse/chuparse los labios</i> | <input type="checkbox"/> Mouth Breathing
<i>Respirar por la boca</i> |
| <input type="checkbox"/> Nail Biting
<i>Comerse las uñas</i> | <input type="checkbox"/> Teeth Grinding/Clenching
<i>Rechinar/apretar los dientes</i> | <input type="checkbox"/> Pacifier Use
<i>Usar chupete</i> |
| <input type="checkbox"/> SnORES while sleeping
<i>Roncar cuando duerme</i> | <input type="checkbox"/> Protrudes Tongue
<i>Sacar la lengua</i> | |

Does your child fall asleep with the bottle or sippy cup in his/her mouth? NO YES
¿Se queda su hijo/tutelado dormido con la mamadera o vaso de sorbete? No Sí

Insurance Information

Información del seguro

(Note: We do not bill multiple insurances)

(Aviso: no facturamos seguros multiples)

Do you have insurance coverage for your child? Yes No

¿Cuenta con cobertura de seguro para su menor? Sí No

I have already provided this information *(skip below fill-in section; read below, sign and date)*

Ya entregué esta información (pase a la próxima sección titulada "Para pacientes con seguro dental", lea su texto, firme y feche al pie de página)

Policy Owner Name: _____ Date of Birth: _____

Nombre/s y apellido/s del titular de la póliza

Fecha de nacimiento

Insurance Company: *Compañía de seguros* _____

Policy Number: *N° de póliza* _____ Group Number: *N° de grupo* _____

Insurance Co. Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Dirección de la compañía de seguros

Ciudad

Estado

Código postal

Insurance Co. Phone: *N° de telefono de la compania de seguros* _____

FOR PATIENTS WITH DENTAL INSURANCE: *Para pacientes con seguro dental*

I understand that the American Pediatric Dental Group uses all resources available to them to verify my insurance, however, those resources do not provide a guarantee of payment. All claim payments are determined at the time of claim submission. Furthermore, I certify that my child is covered by the above named insurance company and I assign directly to American Pediatric Dental Group all insurance benefits otherwise payable to me. I understand that I am responsible for payment of services rendered and also responsible for paying any co-payment and deductible that my insurance does not cover. I hereby authorize the dentist to release all information necessary to secure the payment of benefits. I authorize the use of this signature and all my insurance submissions, whether manual or electronic. Should the account be referred to any attorney for collection, the undersigned shall pay reasonable attorney's fees and expenses.

Entiendo que American Pediatric Dental Group usa todos los recursos a su alcance para verificar mi seguro aunque tales recursos no garantizan pago. Todos los pagos de reclamos de seguro son establecidos al momento de ser presentados. Además, certifico que el menor de edad que está bajo mi responsabilidad, está cubierto por la compañía de seguros mencionada arriba y, por este medio, cedo a American Pediatric Dental Group todos los beneficios que de cualquier modo me sean abonados. Entiendo que soy responsable de pagar por servicios prestados y responsable además de pagar copagos y deducibles que mi seguro no cubre. Por este medio autorizo al dentista a liberar toda la información que sea necesaria para garantizar el pago de los mencionados beneficios. Autorizo además el uso de esta firma y de todos mis reclamos de seguros, manuales o electrónicos. Si mi cuenta es derivada a cualquier abogado para su cobranza, el suscripto pagará honorarios y gastos razonables de abogado

PLEASE NOTE: *Aviso importante*

Payment in **FULL** is expected at the time of dental treatment. The parent or guardian who accompanies the child is responsible for payment at time of service unless prior arrangements have been made. Since we reserve a special time to offer quality treatment for your child, patients with two or more broken or cancelled appointments without a minimum 24-hour notice will result in *discontinuation of any further dental services*, except for 30 days of dental emergencies.

El pago TOTAL se espera al recibir el tratamiento dental. El padre, madre o tutor que acompañe al menor, es responsable de pagar al momento de recibir el servicio a menos que se haya hecho algún otro arreglo. Dado que reservamos un tiempo especial para ofrecer tratamiento de calidad a su menor, los pacientes que falten dos o más veces a su cita o que no cancelen su cita con un mínimo de 24 horas de anticipación, serán excluidos de cualquier servicio dental en el futuro, excepto por 30 días de emergencias dentales

I attest that all of the information provided by me in this New Patient Packet is accurate and correct to the best of my knowledge. I am aware that this information will be kept confidential. It is my responsibility to inform this office of any changes in my child's medical history. I authorize the dental staff to perform any necessary dental services that my child may require.

Declaro que toda la información que he aportado en este Paquete para pacientes nuevos es correcta y aportada a mi mejor saber y entender, que será tratada con la mayor confidencialidad y que es mi responsabilidad el informar a esta Consulta sobre cualquier cambio en el estatus médico de mi menor. Autorizo al personal dental a que presten los servicios dentales necesarios que mi menor pueda llegar a necesitar.

Name: *Nombre/s y apellido/s* _____

Signature: *Firma* _____ Date *Fecha:* _____