



**DENTISTRY FOR CHILDREN**  
Dr. Culberson R. Boren, DDS, PA

**PATIENT INFORMATION**  
INFORMACIÓN DEL PACIENTE

**Child's Name :** \_\_\_\_\_ **Child's Soc. Sec #:** \_\_\_\_\_  
Nombre del Niño Número de Seguro Social del niño

**Prefers to be called:** \_\_\_\_\_ **Age:** \_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_ **Sex:**  M  F  
Prefiere ser llamado Edad Fecha de nacimiento Sexo

**Person Financially Responsible:** \_\_\_\_\_ **Relationship To Child:** \_\_\_\_\_  
Persona responsable financieramente Relación con el niño

**How did you hear about our office?**  Internet  TV  Community Event  Family Member  Friend  Doctor  Other \_\_\_\_\_  
¿Cómo se enteró de nuestra oficina?  Internet  TV  Evento de la Comunidad  miembro de la Familia  Amigo  Doctor  Otro

**Whom may we thank for referring you?** \_\_\_\_\_  
A quien podemos agradecer por su referencia?

**PARENT / LEGAL GUARDIAN INFORMATION**  
INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR LEGAL

<b>FATHER / Legal Guardian</b> PADRE / Tutor Legal	<b>MOTHER / Legal Guardian</b> Madre / Tutor Legal
<b>Name:</b> _____ Nombre	<b>Name:</b> _____ Nombre
<b>Address:</b> _____ dirección	<b>Address:</b> _____ dirección
<b>City, State, Zip:</b> _____ Ciudad, estado, código postal	<b>City, State, Zip:</b> _____ Ciudad, estado, código postal
<b>Home Phone:</b> _____ <b>Cell Phone:</b> _____ Número de teléfono de casa Número de teléfono celular	<b>Home Phone:</b> _____ <b>Cell Phone:</b> _____ Número de teléfono de casa Número de teléfono celular
<b>E-Mail:</b> _____ dirección de correo electrónico	<b>E-Mail:</b> _____ dirección de correo electrónico
<b>Soc. Sec #:</b> _____ <b>Date of Birth:</b> _____ número de seguro social fecha de nacimiento	<b>Soc. Sec #:</b> _____ <b>Date of Birth:</b> _____ número de seguro social fecha de nacimiento
<b>Employer:</b> _____ lugar de trabajo	<b>Employer:</b> _____ lugar de trabajo
<b>Does this person have insurance on the child?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ¿Esta persona tiene seguro en el niño? Sí No	<b>Does this person have insurance on the child?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ¿Esta persona tiene seguro en el niño? Sí No
<b>If yes, name of Insurance Company:</b> _____ En caso afirmativo, el nombre de la compañía de seguros	<b>If yes, name of Insurance Company:</b> _____ En caso afirmativo, el nombre de la compañía de seguros
<b>Does this person live in the child's home?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ¿Esta persona vive en el hogar del niño? Sí No	<b>Does this person live in the child's home?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ¿Esta persona vive en el hogar del niño? Sí No

**ADDITIONAL INFORMATION**  
INFORMACIÓN ADICIONAL

**Child's Pediatrician:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_  
Pediatra del niño número de teléfono

**Previous Dentist:** \_\_\_\_\_ **Date of last visit:** \_\_\_\_\_  
dentista anterior Fecha de la última visita

**What other immediate family members have we seen (example: siblings of the patient)?** \_\_\_\_\_  
¿Qué otros miembros de su familia inmediata que hemos visto (ejemplo: hermanos del paciente)?

**I have been introduced to or met:**  Dr. Boren  Dr. Le  Dr. Ming  Dr. Rice  I have not met any of the dentists at Dentistry for Children  
He sido introducidos a, o conocido: No he conocido a ninguno de los dentistas

**Nearest relatives not listed above:**  
Los familiares más cercanos no mencionados anteriormente:

<b>Name:</b> _____ Nombre	<b>Relationship to child:</b> _____ Relación con el niño:	<b>Phone:</b> _____ número telefónico
<b>Name:</b> _____ Nombre	<b>Relationship to child:</b> _____ Relación con el niño:	<b>Phone:</b> _____ número telefónico

**MEDICAL HISTORY / HISTORIAL MÉDICO**

**Has the child had any history of, or conditions related to, any of the following:**

El niño ha tenido un historial de, o condiciones relacionadas con él, algo de lo siguiente:

<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Anemia / anemia</b>		<b>Diabetes / diabetes</b>		<b>HIV/AIDS / VIH/SIDA</b>		<b>Asthma / asma</b>		<b>Kidney / riñón</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pregnant? / ¿Embarazada?</b>		<b>Epilepsy / epilepsia</b>		<b>Tuberculosis / tuberculosis</b>		<b>Rheumatic Fever / fiebre reumática</b>		<b>Speech Problems / problemas del habla</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Fainting / desmayo</b>		<b>Latex Allergy / alergia al látex</b>		<b>Seizures / convulsiones</b>		<b>Tobacco/Drug Use? / tabaco/consumo de drogas?</b>		<b>Mononucleosis / mononucleosis</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Cancer / cáncer</b>		<b>Hearing / audición</b>		<b>Liver / hígado</b>		<b>Heart / corazón</b>		<b>Hepatitis / hepatitis</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sickle Cell / de células falciformes</b>		<b>Cerebral Palsy / parálisis cerebral</b>		<b>Measles/Mumps / sarampión / paperas</b>		<b>Cleft Lip or Palate / labio leporino o paladar hendido</b>		<b>Bleeding Disorders / trastornos de la coagulación</b>	

**1. Is the child taking any prescription and/or over the counter medications or vitamin supplements at this time?** Yes  No

¿Está el niño tomando cualquier prescripción y / o medicamentos de venta libre o suplementos vitamínicos en este momento?

**If yes, please list the name, dosage and frequency of each** (En caso afirmativo, indique el nombre, la dosis y la frecuencia de cada uno): \_\_\_\_\_

**2. Is the child allergic to any medications? If yes, please list:** \_\_\_\_\_ 2.

Es el niño alérgico a algún medicamento? En caso afirmativo, indique:

**3. Is the child allergic to anything else such as foods, dyes, latex? If yes, please list:** \_\_\_\_\_ 3.

Es el niño alérgico a cualquier otra cosa, como los alimentos, a colorantes, látex? En caso afirmativo, indique:

**4. Has the child ever had a serious illness? If yes, please explain:** \_\_\_\_\_ 4.

Ha tenido el niño alguna enfermedad grave? En caso afirmativo, por favor explique:

**5. Has the child ever been hospitalized? If yes, please explain:** \_\_\_\_\_ 5.

Ha sido el niño hospitalizado alguna vez? En caso afirmativo, por favor explique:

**6. Has the child ever had surgery or been put to sleep? If yes, please list any problems with general anesthesia:** \_\_\_\_\_ 6.

¿El niño ha tenido una cirugía o ha sido puesto a dormir? En caso afirmativo, indique algún problema con la anestesia general:

**7. Is the child currently under the care of any special care doctors (heart, neuro, gastro, etc.)? If yes, please provide the Doctor's name, 7.**   
specialty, and contact phone number: \_\_\_\_\_

¿Está el niño bajo el cuidado de los médicos de atención especial (corazón, neurológico, gastrointestinal, etc)? En caso afirmativo, indique el nombre del doctor, de la especialidad, y el número de teléfono de contacto:

**8. Is the child physically, mentally or emotionally impaired? If yes, please explain:** \_\_\_\_\_ 8.

¿El niño es físicamente, mental o emocionalmente deteriorada? En caso afirmativo, por favor explique:

**9. Does the child experience excessive bleeding when cut? / ¿Tiene el niño experiencia sangrado excesivo cuando se corta?** 9.

**DENTAL HISTORY / HISTORIA DENTAL**

**Yes No**

**10. Is this the child's first visit to the dentist? / ¿Es esta la primera visita del niño al odontólogo?** 10.

**11. Has the child had any problems with dental treatment in the past? If yes, please describe:** \_\_\_\_\_ 11.

¿Ha tenido algún problema con el tratamiento dental en el pasado? En caso afirmativo, por favor describa:

**12. Has the child ever had any injuries to the mouth, head or teeth? If yes, please describe:** \_\_\_\_\_ 12.

Ha tenido el niño alguna lesión en la boca, la cabeza o los dientes? En caso afirmativo, por favor describa:

**13. Has the child ever had a local anesthetic (numbing medicine)?** 13.

Ha tenido el niño alguna vez un anestésico local (medicamento para adormecer)?

**14. Has your child ever had a bad/unfavorable dental experience? If yes, please explain:** \_\_\_\_\_ 14.

¿Su niño ha tenido una mala experiencia dental / desfavorable? En caso afirmativo, por favor explique:

**15. Does your child have a toothache, oral pain, or any other dental complaints? If yes, please explain:** \_\_\_\_\_ 15.

¿Su hijo tiene un dolor en la boca dolor de muelas, o cualquier otra queja dentales? En caso afirmativo, por favor explique:

**16. Please list any mouth habits (thumb sucking, mouth breathing, etc.):** \_\_\_\_\_

Por favor, indique sus hábitos bucales (chuparse el dedo, respiración bucal, etc):

**17. What is the reason for today's dental visit? ¿Cuál es la razón de la visita dental de hoy?** \_\_\_\_\_

**Please list any other dental/medical problems, dental/medical concerns, and provide any other information you think may be important in the care of your child / Por favor escriba cualquier otro problema dental / médica, preocupaciones dentales / médicos, y proporcionar cualquier otra información que usted piensa que puede ser importante en el cuidado de su hijo:** \_\_\_\_\_

**I certify that I have read and understand the above and that any questions I had while filling out this form have been answered to my satisfaction. I will not hold the dentists or any other member of the staff at Dentistry for Children responsible for any action they take or do not take because of errors or omissions that I may have made in the completion of this form. / Certifico que he leído y entendido lo anterior y que las preguntas mientras que yo había llenado este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. No voy a responsabilizar a los dentistas o cualquier otro miembro del personal de Odontología para Niños responsables de las medidas que adopten o no tienen por errores u omisiones que pueda haber cometido al llenar este formulario.**

**PRINTED NAME OF PARENT OR LEGAL GUARDIAN / IMPRIMA EL NOMBRE DEL PADRE O TUTOR LEGAL**

**SIGNATURE OF PARENT OR LEGAL GUARDIAN / FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL**

**RELATIONSHIP TO PATIENT / RELACIÓN CON EL PACIENTE**

**DATE / FECHA**

