



PATIENT INFORMATION FOR MINORS (below age 18)
(INFORMACION DEL PACIENTE PARA MENORES (menores de 18 años))

Date (Fecha): _____

Patient's name (Nombre del paciente): _____

Nickname (Apodo): _____ Gender (Sexo): _____ Male _____ Female

Birth date (Fecha de nacimiento): _____ School(Escuela) _____

Parent Information (Informacion del responsable)

Name (Nombre): _____

Relationship to Patient (Relacion al paciente): _____ (Mom/Madre) _____ (Dad/Padre) _____ (Guardian) _____ (Other/Otro)

Street Address (Direccion): _____

City/County(Ciudad) _____ State(Estado): _____ Zipcode(Codigo Postal): _____

Phone#(# de Telefono): _____ Other Number(Otro Numero): _____

Email(Correo Electronico): _____ Social Security: _____

Birth date(Fecha de Nacimiento): _____ Occupation/Ocupacion: _____

Name of other parent/guardian(Nombre de otro pariente/guardian): _____

Name of person to contact in case of an emergeny(En caso de emergencia, a quien se debera notificar?):

Dental Insurance Information (Informacion del Seguro Dental)

Primary Insured's Name(Nombre del asegurado): _____

Insured's Social Security #(# de social security del asegurado): _____

Insured's Birthday (Fecha de Nacimiento del asegurado): _____

Insurance Company(Compania del Seguro Dental): _____

Group#(Numero de Grupo): _____ Member ID #(Numer de Poliza): _____

Insurance Phone#(Telefono del Seguro): _____

Relationship to patient(Relacion al paciente): _____



Dental History(Historia Dental)

Name of your previous dentist(Nombre del dentista anterior): _____

Phone Number(Numero de telefono): _____

Last visit to the dentist(Fecha de ultima visita al dentista): _____

How many times does the patient brush their teeth daily(Cuantas veces se cepilla los dientes diario): ____

How often do they floss(Frecuencia de uso de hilo dental): _____

Please mark the following that applies to your child(Por favor marque lo que aplica a su nino):

____ Sucks fingers(Se chupa los dedos) ____ Bites Nails(Se muerde las unas) ____ Grinds Teeth(Rechina los dientes)
____ Bites their lips(Se muerde el labio/cachete) ____ Dental Pain(Dolor dental)

Medical History(Historia Clinica)

Please mark the following that applies to your child(Por favor marque lo que aplica a su nino):

____ Allergies(Alergias) ____ Diabetes ____ Hepatitis ____ Tuberculosis ____ Anemia ____ HIV(Sida)
____ Epilepsy(Epilepsia) ____ Asthma(Asma) ____ Rheumatic fever(Fiebre Reumatica) ____ Cancer
____ Heart Problems(Problemas del corazon) ____ ADHD(TDAH) _____ Other/Otro

_____ Medical Condition (Condicion Medica)

I have truthfully answered all the above questions and agree to inform this office of any changes in my child's medical or dental history. I understand incorrect information can be dangerous to the health of my child. I authorize Dr. Luna to share any necessary documents/radiographs deemed necessary with the insurance company and/or professionals. In addition, I authorize Dr. Luna to perform dental work on my child.

He respondido con sinceridad a todas las preguntas anteriores y acepto informar a esta oficina de cualquier cambio en el historial médico o dental de mi hijo. Entiendo que la información incorrecta puede ser peligrosa para la salud de mi hijo. Autorizo al Dr. Luna a compartir cualquier documento / radiografía necesaria que considere necesaria con la compañía de seguros y / o los profesionales. Además, autorizo al Dr. Luna a realizar un trabajo dental en mi hijo.

Signature(Firma): _____ Date(Fecha) _____