



madisonkidsdentist.com

5544 East Cheryl Parkway • Fitchburg, WI 53711-5312  
608-288-1543 • Fax 608-288-0626  
7001 Old Sauk Road, Suite 200 • Madison, WI 53717-1010  
608-833-6545 • Fax 608-833-8516  
5116 American Family Drive • Madison, WI 53718-8331  
608-825-7500 • Fax 608-825-0010

**Sobre Su Hijo/a**  
**About Your Child**

Nombre/Name: \_\_\_\_\_

Apodo/Nickname: \_\_\_\_\_ [ ] F [ ] M

Fecha de Nacimiento/Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad/Age: \_\_\_\_\_

Niño/a vive con: ( ) Ambos Padres/Both Parents ( ) Madre/Mom  
( ) Padre/Dad ( ) Guardián/Guardian ( ) Foster Parents  
( ) Madrastra/Stepmom ( ) Padrastro/Stepdad ( ) Otro/Other

Dirección del/de la Niño/a: \_\_\_\_\_

Child's Address: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En caso de no vivir el/la niño/a con ambos padres, favor de proporcionarnos las direcciones de ambos. *If the child does not live with both parents, please provide addresses for both.*

Madre/Mom: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Padre/Dad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**¿Quién acompaña al/a la niño/a el día de hoy?**  
**Who is accompanying the child today?**

Nombre/Name: \_\_\_\_\_

Relación al/a la niño/a - Relation to child: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona con custodia legal del/de la niño/a - Name of person with legal custody of the child:  
\_\_\_\_\_

**¿Quién nos recomendó para el tratamiento de su hijo/a? Who may we thank for referring your child?**

**Otros miembros de la familia a quien hemos tratado/Other family members seen by us:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Información de Persona Alternativa/Alternate Contact Information**

(Quien **NO** tenga custodia legal)

Nombre/Name: \_\_\_\_\_

Relación/Relation: \_\_\_\_\_

No. Casa/Home: \_\_\_\_\_

No. Celular/Cell: \_\_\_\_\_

**Información Sobre Los Padres/Legal Guardians**

Nombre de la Madre/Mom's Name: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac/DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lugar de Trabajo/Employer: \_\_\_\_\_ No. Trabajo/Work: \_\_\_\_\_

Números de Teléfono: Hogar/Home: \_\_\_\_\_ Celular/Cell: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Dad's Name: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac/DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lugar de Trabajo/Employer: \_\_\_\_\_ No. Trabajo/Work: \_\_\_\_\_

Números de Teléfono: Hogar/Home: \_\_\_\_\_ Celular/Cell: \_\_\_\_\_

**Seguro Dental/Dental Insurance**

**¿Ud. tiene Wisconsin Medical Assistance? Do you have Wisconsin Medical Assistance? ( ) Sí ( ) No ID # \_\_\_\_\_**

**Si tiene Wisconsin Medical Assistance/FowardHealth/BadgerCare, se le requiere que presente la tarjeta/credencial de su hijo/a en cada visita. If you have WI Medical Assistance, you are required to present your child's card at each appointment.**

¿Tiene seguro dental? Do you have dental insurance? ( ) Sí ( ) No

Compañía aseguradora principal/Primary insurance company name, address, phone number: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Suscriptor/a del seguro primario/Subscriber for primary Insurance: ( ) Madre/Mom ( ) Padre/Dad ( ) Otro/Other

En caso de marcar "otro," favor de indicar nombre, relación al/a la paciente, número de seguro social, lugar de empleo y fecha de nacimiento. *If other is checked, provide us with name, relationship to patient, social security #, employer and birth date.*

Compañía aseguradora secundario/Secondary Insurance company name, address, phone number: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Suscriptor/a del seguro secundario/Subscriber for secondary Insurance: ( ) Madre/Mom ( ) Padre/Dad ( ) Otro/Other

En caso de marcar "otro," favor de indicar nombre, relación al/a la paciente, número de seguro social, lugar de empleo y fecha de nacimiento. *If other is checked, provide us with name, relationship to patient, social security #, employer and birth date.*

\_\_\_\_\_

### Historia Dental/Dental History

¿Tiene algún problema dental actualmente? *Any current dental complaints?* \_\_\_\_\_

¿Ha tenido algún problema el/la paciente con procedimientos dentales previos? *Has the child ever had a problem associated with previous dental work?* ( ) **Sí** ( ) **No** Favor de explicar/*Specify if yes:* \_\_\_\_\_

¿Es fluorada el agua que bebe el/la paciente? *Is the child's water fluoridated?* **Sí** **No**

¿Toma suplemento de flúor el/la paciente? *Is the child taking fluoride supplement?* **Sí** **No**

En caso de "Sí," ¿cuál? *If yes, what?* \_\_\_\_\_

¿Se lava los dientes diariamente el/la paciente? *Does the patient brush his/her teeth daily?* **Sí** **No**

¿Utiliza hilo dental diariamente el/la paciente? *Does the patient floss his/her teeth daily?* **Sí** **No**

¿Es la primera visita dental del/de la paciente? *Is this your child's first dental visit?* **Sí** **No**

Si no la fuera, ¿a qué Dentista consultó previamente? *If no, who was the last Dentist?* \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita/*Last visit date:* \_\_\_\_\_

### Hábitos Orales/Oral Habits

Favor de indicar el historial previo/*Please indicate any history of the following:*

La edad se le retiró la botella *Taken off bottle at age:* \_\_\_\_\_

La edad se le retiró la leche materna *Stopped nursing at age:* \_\_\_\_\_

Chupa dedo(s) o pulgar *Thumb or finger sucking* **Sí** **No**

Muerde las uñas *Nail biting* **Sí** **No**

Muerde o chupa los labios *Lip sucking or biting* **Sí** **No**

Impedimento del habla *Speech Impairment* **Sí** **No**

Favor de explicar en caso de "Sí"/*Specify if yes to any question:* \_\_\_\_\_

### ¿Ha padecido el/la paciente las siguientes enfermedades?

*Has the child ever had any of the following medical problems?*

<b>Sí No</b> Anemia/ <i>Anemia</i>	<b>Sí No</b> Hemofilia/ <i>Hemophilia</i>	<b>Sí No</b> Convulsiones/Epilepsia <i>Convulsions/Epilepsy</i>	<b>Sí No</b> Desvio Sanguíneo/ <i>Shunts</i>
<b>Sí No</b> Soplo Cardíaco/ <i>Heart Murmur</i>	<b>Sí No</b> Asma/ <i>Asthma</i>	<b>Sí No</b> Hemorragias Abnormales/ <i>Abnormal bleeding</i>	<b>Sí No</b> Hospitalizaciones/ <i>Any stays in hospital</i>
<b>Sí No</b> Cáncer/ <i>Cancer</i>	<b>Sí No</b> Hepatitis/ <i>Hepatitis</i>	<b>Sí No</b> Discapacidad Auditiva/ <i>Hearing Impairment</i>	<b>Sí No</b> Problemas del Hígado/Riñón <i>Kidney/Liver Problems</i>
<b>Sí No</b> Diabetes/ <i>Diabetes</i>	<b>Sí No</b> Tuberculosis/ <i>Tuberculosis</i>	<b>Sí No</b> Incapacidad/Desabilidades <i>Handicap /Disabilities</i>	<b>Sí No</b> Depresión/ <i>Depression</i>
<b>Sí No</b> Fiebre Reumática/ <i>Rheumatic Fever</i>	<b>Sí No</b> Hiperactividad/ADHD <i>ADD/ADHD</i>	<b>Sí No</b> Operaciones/ <i>Any operations</i>	<b>Sí No</b> Alergias/ <i>Allergies</i>
<b>Sí No</b> VIH+/SIDA <i>HIV+/AIDS</i>	<b>Sí No</b> Defecto Cardíaco Congénito/ <i>Congenital Heart Defect</i>	<b>Sí No</b> Autismo/ <i>Autism</i>	<b>Sí No</b> Ansiedad/ <i>Anxiety</i>
<b>Sí No</b> Retraso en Desarrollo/ <i>Developmental Delays</i>	<b>Sí No</b> Otro/ <i>Other</i> _____		

Favor de explicar problemas médicos que tenga el/la paciente. *Please discuss any medical problems the child has:*

\_\_\_\_\_

Pediatra/*Pediatrician:* \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita/*Date of last visit:* \_\_\_\_\_

¿Problemas de salud? *Any current medical complaints?* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Favor de listar todos los medicamentos que está tomando el/la paciente. *Please list all current medications:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Alergias a Drogas? **Sí** **No** En caso de Sí, indique el/los medicamento(s) específico(s): \_\_\_\_\_  
*Drug Allergies? If Yes, indicate specific drug(s)* \_\_\_\_\_

¿Alergia al Látex? **Sí** **No**  
*Latex Allergy?*

Entiendo que la información que proporciono es correcta, que dicha información se mantendrá en la más estricta confidencialidad, y que es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en la salud de mi hijo/a. *I understand the information I have given is to the best of my knowledge, that it will be held in the strictest of confidence, and it is my responsibility to inform this office of any changes in my child's medical status.*

Autorizo cualquier servicio dental que necesite mi hijo/a, a llevarse a cabo por personal dental. Acepto responsabilidad plena por el pago de servicios efectuados. Entiendo también que el descuido de dos (2) citas consecutivas sin explicación resultara en la expulsión de mi hijo/a como paciente de la clínica.

*I authorize the dental staff to perform the necessary dental service my child may need. I accept full responsibility for full payment of the treatment performed. It is my understanding that two (2) consecutive broken appointments without explanation may lead to dismissal of my child as a clinic patient.*

Firma/Signature: \_\_\_\_\_ Fecha/Date: \_\_\_\_\_

Relación al/a la paciente/Relationship to patient: \_\_\_\_\_

### **POLÍTICA FINANCIERA/FINANCIAL POLICY**

Se deberá hacer pago al llevarse a cabo los servicios. Aceptamos pago en efectivo, por cheque, y por tarjetas de crédito. Entendemos que algunos procedimientos son más caros que otros y estaremos más que dispuestos a trabajar los arreglos financieros alternativos antes de ofrecer tratamiento. Por la presente afirmo mi entendimiento de que (sin importar mi estado civil o mi cobertura por seguro médico/dental) Yo soy el último responsable del saldo de esta cuenta por los servicios profesionales.

*Payment is due when services are rendered. We accept cash, personal checks and all major credit cards. We realize that some procedures are more expensive than other and we will be more than willing to work out alternative financial arrangements prior to treatment. I understand and agree that, (regardless of my insurance status or marital status), I am ultimately responsible for the balance on this account for any professional services rendered*

He leído la información aquí contenida, y comprendo mis obligaciones legales.

*I have read the above information and understand my obligations.*

Firma de persona con responsabilidad financiera/

Signature of financially responsible party: \_\_\_\_\_