



# CHILDREN'S DENTAL CENTER OF MADISON, S.C.

Timothy R. Kinzel, D.D.S.  
Daniel J. DeJarlais, D.D.S.  
Amy E. Kramer, D.D.S.  
7001 Old Sauk Road, Suite 200  
Madison, WI 53717-1010  
608-833-6545

Eric A. teDuits, D.D.S., M.S.  
Allison L. Dowd, D.D.S.  
5544 East Cheryl Parkway  
Fitchburg, WI 53711-5312  
608-288-1543

Anthony R. Hernandez, D.D.S.  
Cecelia L. Thompson, D.D.S.  
5116 American Family Drive  
Madison, WI 53718  
608-825-7500

New Patients Welcome • [www.MadisonKidsDentist.com](http://www.MadisonKidsDentist.com)

## Sobre su hijo/a About Your Child

Nombre/Child's 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 ( ) FosterParents ( ) Madrastra/Stepmom  
( ) Padrastro/Stepdad ( ) Otro/Other

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

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

En case 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: \_\_\_\_\_

## ¿Quién acompaña al/a la niño/a hoy? Who is Accompanying the child today?

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

Relación al Niño/Relation to 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 quienes hemos tratado/Other family members seen by us:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Persona a quien hablar en caso de emergencia./Alternate Contact Information

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

Relación/Relation: \_\_\_\_\_

# Casa/Home: \_\_\_\_\_

# Celular/Cell: \_\_\_\_\_

## Información sobre los padres/Legal Guardians

Nombre de la madre/Mom's Name: \_\_\_\_\_ Fecha de nac/DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lugar de trabajo/Employer: \_\_\_\_\_ Trabajo/Work # \_\_\_\_\_

Números de teléfono: Casa/Home # \_\_\_\_\_ Celular/Cell # \_\_\_\_\_

Nombre del padre/Dad's Name: \_\_\_\_\_ Fecha de nac/DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Lugar de trabajo/Employer: \_\_\_\_\_ Trabajo/Work # \_\_\_\_\_

Números de teléfono: Casa/Home # \_\_\_\_\_ Celular/Cell # \_\_\_\_\_

## Seguro dental/ Dental Insurance

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

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

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 secundaria/Secondary 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.*

¿Tiene Ud. Asistencia Médica de Wisconsin? Do you have Wisconsin Medical Assistance? ( ) Sí/Yes ( ) No ID # \_\_\_\_\_

Si tiene Asistencia Médica de Wisconsin /FowardHealth/BadgerCare, se le require 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.*

### 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 problema associated with previous dental work? ( ) Sí/Yes ( ) No

Favor de explicar/Specify if yes: \_\_\_\_\_

¿Tiene fluoruro el agua que bebe el/la paciente? Is the child's wáter fluoridated? ( ) Sí/Yes ( ) No

¿Toma suplemento de fluoruro el/la paciente? Is the child taking fluoride supplement? ( ) Sí/Yes ( ) 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/Yes ( ) No

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

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

Si no, ¿a qué dentista consultó previamente? If no, who was the last Dentist? \_\_\_\_\_

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

### Hábitos orales

Indique historia previa/Please indicate any history of the following?

¿A qué edad se le retiró la botella? Taken off bottle at age: \_\_\_\_\_

( ) Sí/Yes ( ) No Chupa dedo o pulgar/Thumb or finger sucking

( ) Sí/Yes ( ) No Muerde uñas/Nail biting

( ) Sí/Yes ( ) No Muerde o chupa labios/Lip sucking or biting

( ) Sí/Yes ( ) No Impedimento del habla/Speech Impairment

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

### ¿El niño/a ha tenido alguno de los siguientes problemas médicos?

<b>Sí No</b> Soplo cardíaco/ Heart Murmur	<b>Sí No</b> Hemofilia/Hemophilia	<b>Sí No</b> Desvio sanguíneo/ Shunts	<b>Sí No</b> Defecto cardíaco congénito/ Congenital Heart Defect
<b>Sí No</b> Cáncer/Cancer	<b>Sí No</b> Asma/Asthma	<b>Sí No</b> Hospitalizaciones/ Any stays in hospital	<b>Sí No</b> Convulsiones/Epilepsia Convulsions/Epilepsy
<b>Sí No</b> Diabetes/Diabetes	<b>Sí No</b> Hepatitis/Hepatitis	<b>Sí No</b> Problemas de hígado/riñón Kidney/Liver Problems	<b>Sí No</b> Hemorragias anormales/ Abnormal bleeding
<b>Sí No</b> Fiebre reumática/ Rheumatic Fever	<b>Sí No</b> Tuberculosis/Tuberculosis	<b>Sí No</b> Incapacidad/Handicap Desabilidades/Disabilities	<b>Sí No</b> Problema de oído/ Hearing Impairment
<b>Sí No</b> VIH+/SIDA HIV+/AIDS	<b>Sí No</b> Anemia/Anemia	<b>Sí No</b> Alergias/Allergies	<b>Sí No</b> Operaciones/ Any operations
<b>Sí No</b> Retraso del desarrollo/ Developmental Delay	<b>Sí No</b> Otro/Other	<b>Sí No</b> Autismo/Autism	

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

\_\_\_\_\_

Doctor del niño/a /Pediatrician: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

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

¿Tiene actualmente problemas de salud? Any current medical complaints? \_\_\_\_\_

Haga una lista de las medicinas que actualmente toma el/la paciente. Please list all current medications: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Alergia de medicamento/Drug Allergy?** ( ) Sí/Yes ( ) No

Haga una lista de todas las alergias del/de la paciente a drogas/medicamentos/Please list all drugs patient is allergic to:

\_\_\_\_\_

**Alergia al látex/Latex Allergy?** ( ) Sí/Yes ( ) No

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 la responsabilidad plena por el pago de servicios efectuados. Entiendo también que el faltar a dos (2) citas consecutivas sin explicación resultará 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: \_\_\_\_\_

### **Reglamento financiero/Financial Policy**

Debe pagarse la cuenta al llevarse a cabo los servicios. Aceptamos pago en efectivo, por cheque, y por tarjeta de crédito.

Comprendemos que algunos procedimientos son más caros que otros, por lo cual estamos dispuestos a discutir condiciones de pago antes de ofrecer tratamiento. Por la presente afirmo mi entendimiento de que (sin importar mi estado civil o mi cobertura por seguro médico/dental) la responsabilidad de pago por cualquier servicio profesional efectuado me corresponde a mí.

*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 la persona con responsabilidad financiera/

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