



West Maple Dental Specialists

Lourdes M. Secola-Ocanto, D.D.S., M.Sc.D
 14270 West Maple Road
 Omaha, NE 68164
 (402) 491-3100 Fax: (402) 445-4094

Infants-Children-Adolescents-Young Adults-Special Needs

Patient and Parent's Information/Informacion de el Paciente y de los Padres

Purpose of your visit/Proposito de su visita: _____

Patient's Name/Nombre del paciente: _____ Nickname/Apodo: _____

Social Security/Seguro Social: _____ Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____ Sex/Sexo: M F

Address/Direccion: _____

City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip Code/Codigo: _____

Telephone/ Telefono: _____

Mother's Name/Nombre de Mamà: _____ Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____

Social Security/Seguro Social: _____ Employer & Telephone/Empleador y Telefono: _____

Father's Name/Nombre de Papà: _____ Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____

Social Security/Seguro Social: _____ Employer & Telephone/Empleador y Telefono: _____

Emergency Contact & Telephone/Contacto de Emergencia y Telefono: _____

Relation/Relacion: _____

Who referred you to our office?/¿Quien te mando a nuestra oficina? _____

Patient's Medical & Dental Information/Informacion Medica y Dental del Paciente

(Does your child have a history of the following?/¿Tiene su niño historia de alguno de lo siguiente?)

Current Physician/Medico que Consulta:

Family Dentist/Dentista Familiar:

Rheumatic Fever/Fiebre Reumatica:	Heart Disorder/Problema Cardiaco:
Kidney Disorder/Desorden del Riñon:	Brain Damage/Daño Cerebral :
Epilepsy/Epilepsia:	Nerve Damage/Daño Nervioso:
Anemia:	Fainting Spells/Desmayos:
Diabetes:	Bleeding Disorder/Sangramientos:
Respiratory Infection/Infeccion Respiratoria:	Asthma/Asma:

Allergies to any medicine, food or material?/Alergia a alguna medicina, comida o material? _____

Illness or serious operation?/¿Alguna enfermedad o operacion seria? _____

Date of last dental check-up?/¿Fecha del ultimo chequeo dental? _____

Date of last x-rays?/¿Fecha de los ultimos Rayos-X? _____

How often does your child brush?/¿Que tan seguido se cepilla los dientes su niño? _____

Does your child floss?/¿Usa hilo dental? _____

Does your child have any pain or discomfort?/¿Tiene dolor o incomodidad? _____

Any mouth or chin injuries?/¿Alguna lesion en la boca o quijada? _____

Clicking or popping jaw?/¿Le truena la quijada? _____

Grinds teeth?/¿Rechina los dientes? _____

	Yes/Si	No		Yes/Si	No
Sensitivity to hot food or drinks? ¿Sensitividad a comida o bebidas calientes?			Sensitivity to cold food or drinks? ¿Sensitividad a comida o bebidas frias?		
Sensitivity to sweets? ¿Sensitividad a lo dulce?			Sensitivity when biting? Sensitividad al morder?		
Has your child had swelling of the gums? ¿Ha tenido encias inflamadas?			Bleeding in the gums? ¿Sangramiento de las encias?		
Bad breath? ¿Mal aliento?					

Please fill out both sides of this form/Por Favor llene los dos lados de esta forma



Has your child experienced an adverse reaction during or in conjunction with a medical or dental procedure?
¿Ha experimentado su niño una reacción adversa o en conjunción con algún procedimiento dental o médico?

Is your child taking any medication under physician's care?
¿Esta su niño tomando medicamento bajo tratamiento médico?

Please list any other medical/dental problems or concerns below:
Por favor liste cualquier otro problema dental o médico que este ocurriendo en este momento

TREATMENT AUTHORIZATION & FINANCIAL RESPONSIBILITY AGREEMENT

I, _____ being the parent or guardian of the above minor patient, do hereby authorize and request the performance of dental services for my child. I also authorize the administration of anesthetics or analgesics on my child for dental treatment purposes.

I am aware that the medical and dental information provided will be used by the dentist to help determine the necessary treatment for my child. It is my responsibility to inform the dentist of any changes in my child's medical/dental status as soon as possible.

Furthermore, I authorize this office to release all information necessary to secure the payment of all eligible dental benefits. I understand that I am financially responsible for any charges incurred on this account whether or not it is paid by the insurance.

I understand that this office will file all eligible dental claims with my insurance carrier as soon as services are rendered. However, all outstanding balances must be paid within ninety (90) days of the date the services were rendered. I have been advised that failure to comply with this may result in collection procedures. Furthermore, if collection procedures are necessary, I will be responsible for any additional fees incurred in the attempt to collect on this account.

I have carefully reviewed the information on this form and with my signature below; I agree to comply with the policies of this office.

Signature: _____ Date: _____

AUTORIZACION DE TRATAMIENTO Y ACEPTACION DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Yo, _____ siendo el padre o guardián de/de la paciente menor de edad, autorizo y pido que se lleve a cabo servicios dentales para mi hijo(a). Además autorizo a la administración de anestéticos o analgésicos que sean necesarios para el tratamiento dental de dicho menor de edad.

Estoy conciente que la información provista aquí será utilizada por el dentista para ayudar a determinar el tratamiento necesario para mi hijo(a). Es mi responsabilidad informar al dentista de cualquier cambio en la historia médica o dental de mi hijo(a) tan pronto sea posible.

En adición, autorizo a el personal de esta oficina a dar a conocer la información necesaria a las instituciones de aseguranza para asegurar el pago de todo beneficio dental elegible. Comprendo que yo soy responsable de todo cargo incurrido en esta cuenta, sea o no pagada por mi compañía de seguro.

Entiendo que esta oficina sometera toda forma de reclamo elegible con mi compañía de seguro tan pronto como los servicios sean echos. Sin embargo, todo balance pendiente debe ser pagado en noventa (90) días después de que los servicios dentales han sido echos. Se me ha hecho saber que el no cumplir con este arreglo pudiera resultar en proceso de colección. Además si dichos procesos de colección deban ser iniciados, yo sere responsable por cualquier cargo adicional incurrido en el intento de colectar el balance en mi cuenta.

He revisado cuidadosamente la información es esta forma y por medio de mi firma, acepto y estoy de acuerdo en cumplir con las pólizas de esta oficina.

Firma: _____ Fecha: _____