Little smiles of Brooklyn
21 Prescott place
Brooklyn, NY 11233

WELCOME PATIENT REGISTRATION
BIENVENIDO FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE

PATIENTS INFORMATION/ INFORMACION DEL PACIENTE

LAST NAME: APELLIDO	FIRST NAME: NOMBRE
DATE OF BIRTH: FECHA DE NACIMIENTO	SEX: F ☐ M ☐ SEXO
ADDRESS: DIRECCION	ZIP CODE: CODIGO POSTAL
CELL PHONE NUMBER: TELÉFONO MÓVIL	EMAIL ADDRESS: CORREO ELECTRONICO

PARENTS INFORMATION/INFORMACIÓN DE LOS PADRES

MOTHER/MADRE/GUARDIAN

LAST NAME : APELIDO	FIRST NAME: NOMBRE
DATE OF BIRTH: FECHA DE NACIMIENTO	RELATIONSHIP WITH PATIENT: RELACIÓN CON EL PACIENTE
IS THIS INSURANCE PRIVATE: ¿ES ESTE SEGURO PRIVADO	IF YES WHAT IS YOUR SOCIAL SECURITY: SI CONTESTA SÍ, CUÁL ES SU NUMERO SOCIAL _____- _____-_____

FATHER/PADRE/GUARDIAN

LAST NAME : APELIDO	FIRST NAME: NOMBRE
DATE OF BIRTH:	RELATIONSHIP WITH PATIENT:

FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
IS THIS INSURANCE PRIVATE: ¿ES ESTE SEGURO PRIVADO	IF YES WHAT IS YOUR SOCIAL SECURITY: SI CONTESTÓ SI, CUAL ES SU NUMERO SOCIAL _____- _____-_____

PLEASE CHECK IF YOUR CHILD HAS ANY ALLERGIES FOR ANY OF THE FOLLOWING:
POR FAVOR VERIFIQUE SI SU HIJO/A TIENE ALERGIAS PARA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES

☐ **NONE**
NINGUNO

ASPIRIN: ☐ ASPIRINA	DENTAL ANESTHESIA ☐ ANESTHESIA DENTAL	PENICILLIN: ☐ PENICILINA
AZITHROMYCIN: AZITROMICINA	EGGS: ☐ HUEVO	SEDANTS: ☐ SEDANTES
CLINDAMYCIN: ☐ CLINDAMICINA	METAL: ☐ METALES	TETRACYCLINE: ☐ TETRACICLINA
CODEINE: ☐ CODEINA	LATEX: ☐	OTHER: ☐ OTRO

PLEASE CHECK IF YOUR CHILD HAS BEEN TREATED FOR ANY OF THE FOLLOWING:
POR FAVOR VERIFIQUE SI SU HIJO/A HA SIDO TRATADO POR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES:

☐ **NONE**
NINGUNO

ADD/ADHD: ☐	CEREBRAL PALSY: PARALISIS CEREBRAL: ☐	HEART DISEASE: ENFERMEDAD DEL CORAZÓN: ☐	LUPUS: ☐
AIDS/HIV: ☐	CLEFT LIP/PALATE: LABIO/PALADAR HENDIDOS: ☐	HEART MURMUR: ☐ SOPLO CARDIACO	PSYCHIATRIC PROBLEMS: PROBLEMAS PSIQUIATRICOS ☐
ANEMIA:☐	COLITIS:☐	HEPATITIS:☐	RECURRENT HERPES BLISTER: ☐
ARTHRITIS/ARTRITIS: ☐	CONGENITAL GENETIC DEFECTS: ☐	HOSPITAL STAY OR OPERATION: ESTANCIAS O OPERACIONES EN HOSPITALES ☐	RHEUMATIC FEVER: ☐ FIEBRE REUMÁTICA
ASTHMA/ASMA: ☐	DEVELOPMENTAL DELAY RETRASO EN EL	INFECTIVE ENDOCARDITIS: ENDOCARDITIS INFECCIOSA	SEIZURES/CONVULSIONS: ☐

	DESARROLLO: ☐	☐	
☐AUTISM ☐AUTISMO	DIABETES: ☐	KIDNEY DISEASE: ☐ NEFROPATIA	☐ SICKLE CELL DISEASE: TRAIT ☐ENFERMEDAD DE CÉLULAS
☐BLEEDING/TRANSFUSIONS: ☐SANGRADO/TRANSFUSIONES	☐DOWN SYNDROME ☐SINDROME DE DOWN	☐ LIVER/GI DISEASE	☐TUBERCULOSIS
CANCER/ TUMORS ☐	EPILEPSY/EPILEPSIA ☐	LUNG DISEASE: ENFERMEDAD EN LOS PULMONES ☐	OTHER/OTRO: ☐

FOR WOMEN: ARE YOU PREGNANT?
PARA MUJERES: ESTÁ USTED EMBARAZADA?

DOES YOUR CHILD REQUIRE ANTIBIOTICS BEFORE DENTAL TREATMENT ?
SU HIJO/A NECESITA ANTIBIÓTICOS ANTES DE TRATAMIENTO DENTAL ?

IS YOUR CHILD CURRENTLY TAKING ANY MEDICATIONS?
¿ESTÁ SU HIJO/A TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO?

*****I CERTIFY THAT I HAVE READ AND UNDERSTAND THE ABOVE MEDICAL HISTORY QUESTIONNAIRE TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE. ALL OF THE PROCEEDING HEALTH HISTORY ANSWERS I HAVE GIVEN ARE TRUE AND CORRECT. I WILL NOT HOLD MY DENTIST OR ANY OTHER MEMBER OF HIS/HER STAFF, RESPONSIBLE FOR ANY OMISSIONS THAT I MAY HAVE MADE IN THE COMPLETION OF THIS FORM.**

YO CERTIFICO QUE LEÍDO Y COMPRENDO EL CUESTIONARIO DE HISTORIAL MÉDICO ANTERIOR AL MEJOR DE MI CONOCIMIENTO. TODAS LAS RESPUESTAS DE SALUD PROCEDENTE QUE HE DADO SON VERDADERAS Y CORRECTAS. NO HARÉ RESPONSABLE A MI DENTISTA, NI A NINGÚN OTRO MIEMBRO DE SU PERSONAL, POR CUALQUIER OMISIÓN QUE PUDIERA HABER HECHO AL COMPLETAR ESTE FORMULARIO.

*****I HEREBY AUTHORIZE PAYMENT OF THE DENTAL INSURANCE BENEFITS OTHERWISE PAYABLE TO ME DIRECTLY TO LITTLE SMILES OF BROOKLYN. I UNDERSTAND THAT AS THE PARENT BRINGING IN THE CHILD, I AM FINANCIALLY RESPONSIBLE FOR ALL CHARGES WETHER OR NOT PAID BY THE INSURANCE CARRIER. I AUTHORIZE THE OFFICE TO RELEASE ALL OF THE INFORMATION NECESSARY TO SECURE PAYMENTS. IT IS MY RESPONSIBILITY TO PAY DEDUCTIBLES, CO PAYMENTS AND ANY OTHER FEES NOT PAID BY THE INSURANCE CARRIER. I UNDERSTAND PAYMENT IS EXPECTED AT THE TIME OF SERVICE**

POR LO PRESENTE AUTORIZO EL PAGO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO DENTAL QUE ME PAGARAN DIRECTAMENTE A LITTLE SMILES OF BROOKLYN. ENTIENDO QUE COMO PADRE QUE TRAE AL NIÑO, SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS, SEAN O NO PAGADOS POR EL SEGURO. AUTORIZO A LA OFICINA PARA DIVULGAR TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA ASEGURAR LOS PAGOS. ES MI RESPONSABILIDAD PAGAR LOS DEDUCIBLES, COPAGOS Y CUALQUIER OTRA TARIFA NO PAGADA POR EL SEGURO. ENTIENDO QUE SE ESPERA EL PAGO EN EL MOMENTO DEL SERVICIO.

SIGNATURE:_____ DATE:_____
FIRMA FECHA

- **ONLY FILL THIS SECTION IF YOU ARE INSURED THROUGH YOUR EMPLOYER**

DENTAL INSURANCE CARRIER:_____

MEDICAL INSURANCE _____

RELATIONSHIP TO PRIMARY SUBSCRIBER: SELF SPOUSE DEPENDENT OTHER

MEMBERS NAME:_____

MEMBERS DOB:_____ MEMBERS SOC.SEC #_____

EMPLOYER NAME:_____ WORK #:_____

WORK ADDRESS:_____

CITY:_____ STATE:_____ ZIP CODE:_____