



Phone: 770.925.3300 | TeboDental.com

****Familiares Adicionales****

Nombre del Niño(a) _____ Fecha de Nacimiento _____ No hay ningun cambio en la informacion de mi seguro dental (Salte esta seccion)

Mes/Dia/Año

Seguro Dental _____ Nombre del principal asegurado _____

Teléfono del Seguro Dental _____ Seguro social del asegurado _____ Fecha del ultimo examen fisico _____

Número de miembro _____

Lista de medicamentos actuales _____

Usted es Hispano o Latino? Si / No

Cual es su raza?

Lenguaje preferido Espanol English

Indo Americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawaii o otras islas del Pacifico

Asiatico

Religion _____ Prefiere no responder/contestar

Negro o Americano Africano Blanco

Por favor conteste las siguientes preguntas para actualizar el registro de su niño(a). Si han habido cambios en cualquier de la lista siguiente, CIRCULE los cambios y descríbalos a continuación.

- | | | | | |
|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nombre de los padres | <input type="checkbox"/> Condición Medica | <input type="checkbox"/> Problemas emocionales | <input type="checkbox"/> Dientes Manchados | <input type="checkbox"/> Problemas Psicológicos |
| <input type="checkbox"/> Responsabilidad Financiera | <input type="checkbox"/> Algun cambio de salud | <input type="checkbox"/> Hábitos Orales Alergias | <input type="checkbox"/> Ulceras Bucales | <input type="checkbox"/> Desorden Epiléptico |
| <input type="checkbox"/> Estado civil de los padres | <input type="checkbox"/> Soplo del corazon | <input type="checkbox"/> Células cancerosas | <input type="checkbox"/> Prematuro al Nacer | <input type="checkbox"/> Historial de Cirugías |
| <input type="checkbox"/> Medicinas actuales | <input type="checkbox"/> Hospitalización | <input type="checkbox"/> Terapia del habla | (menos de 34 semanas) | |

Tiene preguntas sobre la salud dental de su hijo(a) que podamos contestar hoy?

****Familiares Adicionales****

Nombre del Niño(a) _____ Fecha de Nacimiento _____ No hay ningun cambio en la informacion de mi seguro dental (Salte esta seccion)

Mes/Dia/Año

Seguro Dental _____ Nombre del principal asegurado _____

Teléfono del Seguro Dental _____ Seguro social del asegurado _____ Fecha del ultimo examen fisico _____

Número de miembro _____

Lista de medicamentos actuales _____

Usted es Hispano o Latino? Si / No

Cual es su raza?

Lenguaje preferido Espanol English

Indo Americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawaii o otras islas del Pacifico

Asiatico

Religion _____ Prefiere no responder/contestar

Negro o Americano Africano Blanco

Por favor conteste las siguientes preguntas para actualizar el registro de su niño(a). Si han habido cambios en cualquier de la lista siguiente, CIRCULE los cambios y descríbalos a continuación.

- | | | | | |
|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nombre de los padres | <input type="checkbox"/> Condición Medica | <input type="checkbox"/> Problemas emocionales | <input type="checkbox"/> Dientes Manchados | <input type="checkbox"/> Problemas Psicológicos |
| <input type="checkbox"/> Responsabilidad Financiera | <input type="checkbox"/> Algun cambio de salud | <input type="checkbox"/> Hábitos Orales Alergias | <input type="checkbox"/> Ulceras Bucales | <input type="checkbox"/> Desorden Epiléptico |
| <input type="checkbox"/> Estado civil de los padres | <input type="checkbox"/> Soplo del corazon | <input type="checkbox"/> Células cancerosas | <input type="checkbox"/> Prematuro al Nacer | <input type="checkbox"/> Historial de Cirugías |
| <input type="checkbox"/> Medicinas actuales | <input type="checkbox"/> Hospitalización | <input type="checkbox"/> Terapia del habla | (menos de 34 semanas) | |

Tiene preguntas sobre la salud dental de su hijo(a) que podamos contestar hoy?

