

PATIENT'S CONFIDENTIAL INFORMATION

The following information and history are necessary for adequate treatment and understanding of your child. Thank you for completing it in full.

Patient Information (<i>Información del Paciente</i>)			
Name: _____ <small>(Nombre) Last Name (Apellido) First Name (Nombre) Middle (Inicial)</small>		SS#: _____ <small>(Número de Seguro Social)</small>	
Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <small>(Sexo)</small>	Age: _____ <small>(Edad)</small>	Date of Birth: _____ <small>(Fecha de Nacimiento)</small>	
Address: _____ <small>(Dirección)</small>		City: _____ <small>(Ciudad)</small>	State: _____ Zip: _____ <small>(Estado) (Zona Postal)</small>
Contact Information: Preferred Phone # _____ <small>(Información de contacto) (Teléfono de preferencia)</small>		Alternate Phone # _____ <small>(Teléfono alternativo)</small>	
Email Address: _____ <small>(Dirección de Email)</small>		How would you prefer we confirm your child's appointment? (¿Cómo prefiere confirmación de citas?) Check all that apply. <input type="checkbox"/> email <input type="checkbox"/> text to _____ <input type="checkbox"/> phone message to _____	
Do you have State Assistance (medical coupon)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <small>(¿Tiene asistencia del Estado/Cupón Médico?)</small>			
Whom may we thank for referring you? _____ <small>(¿Quién lo refirió a nuestra oficina?)</small>			
Parent/Guardian Information (<i>Información del los Padres/Guardianes</i>)			
Father/Guardian Name: _____ <small>(Nombre del Padre/Guardián)</small>		Mother/Guardian Name: _____ <small>(Nombre del Madre/Guardián)</small>	
Address: _____ <small>(Dirección)</small>		Address: _____ <small>(Dirección)</small>	
City: _____ State: _____ Zip: _____ <small>(Ciudad) (Estado) (Zona Postal)</small>	City: _____ State: _____ Zip: _____ <small>(Ciudad) (Estado) (Zona Postal)</small>		
Home Ph: _____ Work: _____ Cell: _____ <small>(Tel. Casa) (Tel. Trabajo) (Tel. Celular)</small>	Home Ph: _____ Work: _____ Cell: _____ <small>(Tel. Casa) (Tel. Trabajo) (Tel. Celular)</small>		
Occupation: _____ <small>(Ocupación)</small>		Occupation: _____ <small>(Ocupación)</small>	
Employer: _____ <small>(Empleador)</small>		Employer: _____ <small>(Empleador)</small>	
Employer's Address: _____ <small>(Dirección del Empleador)</small>		Employer's Address: _____ <small>(Dirección del Empleador)</small>	
City: _____ State: _____ Zip: _____ <small>(Ciudad) (Estado) (Zona Postal)</small>	City: _____ State: _____ Zip: _____ <small>(Ciudad) (Estado) (Zona Postal)</small>		
SS#: _____ Date of Birth: _____ <small>(Número de Seguro Social) (Fecha de Nacimiento)</small>	SS#: _____ Date of Birth: _____ <small>(Número de Seguro Social) (Fecha de Nacimiento)</small>		
Do you have DENTAL INSURANCE for minor/child? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <small>(¿Tiene aseguranza dental para el niño(a)?)</small>		Do you have DENTAL INSURANCE for minor/child? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <small>(¿Tiene aseguranza dental para el niño(a)?)</small>	
Father/Guardian's Plan Name: _____ <small>(Nombre del Padre/Guardián)</small>		Mother/Guardian's Plan Name: _____ <small>(Nombre de la Madre/Guardián)</small>	
Address: _____ <small>(Dirección)</small>		Address: _____ <small>(Dirección)</small>	
City: _____ State: _____ Zip: _____ <small>(Ciudad) (Estado) (Zona Postal)</small>	City: _____ State: _____ Zip: _____ <small>(Ciudad) (Estado) (Zona Postal)</small>		
Phone: _____ <small>(Teléfono)</small>	Phone: _____ <small>(Teléfono)</small>		
Group #: _____ Policy #: _____ <small>(Número de Grupo) (Número de Poliza)</small>	Group #: _____ Policy #: _____ <small>(Número de Grupo) (Número de Poliza)</small>		
Do you have MEDICAL INSURANCE for minor/child? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <small>(¿Tiene aseguranza médico para el niño(a)?)</small>		Do you have MEDICAL INSURANCE for minor/child? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <small>(¿Tiene aseguranza médico para el niño(a)?)</small>	
In the event of an emergency, whom should we contact? Someone other than Parent/Guardian (contacto de emergencia)?			
Name: _____ <small>(Nombre)</small>		Relationship: _____ <small>(Relación con el Paciente)</small>	Phone: _____ <small>(Número de Teléfono)</small>
Address: _____ <small>(Dirección)</small>		City: _____ <small>(Ciudad)</small>	State: _____ <small>(Estado)</small>

The information that I have given is correct to the best of my knowledge. It is my responsibility to inform this office of any changes in my minor/child's status.

Signature of Parent/Guardian: _____ Date: _____