

Rand Center for Dentistry

Patient Registration Form / Formulario de Registro del Paciente

Patient Name / Nombre del Paciente	SS# / Número de la Seguridad Social	Driver's License & State / El Permiso de conducir e Indica
Home Address / Dirección	City, State, Zip / Ciudad, Estado, Código Postal	Birthdate / Fecha de Nacimiento
	Sex / Sexo <input type="checkbox"/> Male / Macho <input type="checkbox"/> Female / Hembra	Marital Status / Estado Marital
Home Phone / Teléfono Residencial	Cell Phone / Teléfono Celular	Email
Primary Insurance Company _____ Group _____ Subscriber _____		
Secondary Insurance Company _____ Group _____ Subscriber _____		

Responsible Party / Partido Responsable

Name / Nombre	SS# / Número de la Seguridad Social	Driver's License & State / El Permiso de conducir e Indica
Home Address / Dirección	City, State, Zip / Ciudad, Estado, Código Postal	Birthdate / Fecha de Nacimiento
	Sex / Sexo <input type="checkbox"/> Male / Macho <input type="checkbox"/> Female / Hembra	Marital Status / Estado Marital
Home Phone / Teléfono Residencial	Cell Phone / Teléfono Celular	Email
Name of Employer / Nombre del Empleador	Occupation / Ocupación	Work Phone / Trabajo Teléfono
Business Address / Dirección Comercial	City / Ciudad	State, Zip / Estado, Código Postal
Spouse's Name / el Nombre de Cónyuge	SS# / Número de la Seguridad Social	Birthdate / Fecha de Nacimiento
Spouse's Employer / el Empleador de Cónyuge	Spouse's Occupation / la Ocupación de Cónyuge	Spouse's Work # / Teléfono del Trabajo de Cónyuge
Spouse's Business Address / la Dirección Comercial de Cónyuge	City / Ciudad	State, Zip / Estado, Código Postal

How did you hear about our Office? / ¿Cómo se enteró usted de nuestra oficina?

(check only one / verifique sólo uno)

Who selected this office? / ¿Quién seleccionó esta oficina? Self / Ser Spouse / Cónyuge Parent / Padre Employer / Empleador

Where did you find the Phone Number to this Office? / ¿Dónde encontró usted el Número de teléfono a esta Oficina? _____

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Referred by a friend / Referido por un amigo | <input type="checkbox"/> Yellow Pages / Páginas amarillas | <input type="checkbox"/> Insurance Plan / Plan de Seguro |
| <input type="checkbox"/> Welcome Wagon / a la bienvenida Vagón | <input type="checkbox"/> Newspaper Ad / Anuncio Periodístico | <input type="checkbox"/> Sign by Building / el Signo por Edificio |
| <input type="checkbox"/> Relative / Pariente | <input type="checkbox"/> Other / Otro _____ | |

CONSENT / CONSENTIMIENTO

*** I will answer all health questions to the best of my knowledge / Contestaré todas las preguntas de la salud según mi leal saber y entender***

(initial / inicial)

After explanation by the doctor, I hereby authorize the performance of dental services upon the above named patients and whatever procedures that the judgement of the doctor may decide in order to carry out these procedures. I also authorize and request the administration of any anesthetics and x-rays as may be deemed necessary and advisable by the doctor.

Después de explicación por el médico, yo por la presente autorizo el desempeño de servicios dentales sobre el encima de pacientes denominados y lo que procedimientos que el juicio del médico puede decidir llevar a cabo estos procedimientos. Yo también autorizo y solicito que la administración de cualquier anestésico y radiografías como puede ser creído necesario y conveniente por el médico.

Signature / Firma

Date / Fecha

Relationship to patient / La relación al paciente

Rand Center for Dentistry

Child's Registration Form

Children's Dental History

Patient's Name _____
Is this your child's first visit to a dentist? Y / N If No, former dentist _____
Date of last dental visit _____ Reason _____
How many times a day is your child brushing? Zero 1x 2x 3x+ Does he/she floss? Y / N
Does your child take fluoride in any of these forms: Tablets/Drops Toothpaste Rinse/Gel Bottled H2O Other
Does your child have any current complain of dental pain? Y / N If yes, explain: _____
Does your child have a history of any of the following (Indicate **Yes** with "Y" or **No** with "N"):

<input type="checkbox"/> Thumb/Finger Sucking	<input type="checkbox"/> Pacifier	<input type="checkbox"/> Bottle Feeding	<input type="checkbox"/> Breastfeeding
<input type="checkbox"/> Sippy Cup	<input type="checkbox"/> Bleeding/Sore Gums	<input type="checkbox"/> Mouth Breathing	<input type="checkbox"/> Bad Breath
<input type="checkbox"/> Grinding/Clenching	<input type="checkbox"/> Abscess/Infection	<input type="checkbox"/> Nail Biting	<input type="checkbox"/> Speech Issues
<input type="checkbox"/> Other _____			

Children's Medical History

Pediatrician _____ Phone # _____
Address _____ Date of last physical _____
Please list below any and all medications that your child is currently taking and what they treat...

Has your child ever been hospitalized or had surgery? Y / N If yes, explain: _____

Does your child have any allergies to Penicillin/Amoxicillin Sulfa Latex Other
(Please specify **ALL KNOWN** allergies including foods and environmental allergens): _____

Has your child ever had any of the following? ('Y' for Yes, and 'N' for No)

<input type="checkbox"/> Abnormal Bleeding	<input type="checkbox"/> Hemophilia
<input type="checkbox"/> ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Hepatitis/Jaundice
<input type="checkbox"/> Allergies	<input type="checkbox"/> High Blood Pressure
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Kidney Disease
<input type="checkbox"/> Autism/PDD/Spectrum	<input type="checkbox"/> Learning Disability
<input type="checkbox"/> Birth Defect	<input type="checkbox"/> Liver Disease
<input type="checkbox"/> Blood Transfusions	<input type="checkbox"/> Measles
<input type="checkbox"/> Bone Disorder	<input type="checkbox"/> Mononucleosis
<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> Mumps
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Physical or Mental Disabilities
<input type="checkbox"/> Cerebral Palsy	<input type="checkbox"/> Psychiatric Care
<input type="checkbox"/> Congenital Heart Defect	<input type="checkbox"/> Radiation Therapy
<input type="checkbox"/> Convulsions/Epilepsy	<input type="checkbox"/> Respiratory Issues
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Rheumatic Fever
<input type="checkbox"/> Enlarged Adenoids/Tonsils	<input type="checkbox"/> Sinus Problems
<input type="checkbox"/> Frequent Middle Ear Infections	<input type="checkbox"/> Seizures
<input type="checkbox"/> Genetic Disorder	<input type="checkbox"/> Stomach/Liver/Kidney Problems
<input type="checkbox"/> Head Injury	<input type="checkbox"/> Speech Problems
<input type="checkbox"/> Hearing Loss	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Heart Murmur	<input type="checkbox"/> Tumor
<input type="checkbox"/> Heart Problems	<input type="checkbox"/> Vision Problems

Other -> If marked Y, please explain _____

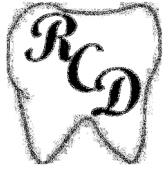
Expectations & Agreement

Please evaluate and check your expectations for your child's care.

<input type="checkbox"/> Treatment of pain	<input type="checkbox"/> Orthodontics, if necessary	<input type="checkbox"/> Treatment of decay
<input type="checkbox"/> Esthetics (to improve cosmetics)	<input type="checkbox"/> Fear control	<input type="checkbox"/> Teeth Whitening
<input type="checkbox"/> Maintain Oral Health	<input type="checkbox"/> Other, Explain: _____	

TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE, ALL OF THE PRECEDING ANSWERS AND INFORMATION ARE TRUE AND CORRECT. IF THERE ARE ANY CHANGES IN MY CHILD'S INFORMATION AND/OR HEALTH STATUS, I WILL INFORM THE DOCTOR AS SOON AS REASONABLY POSSIBLE AND WITHOUT FAIL. I UNDERSTAND THAT THIS INFORMATION WILL REMAIN CONFIDENTIAL.

Signature of Parent/Guardian _____ Date _____
Signature of Doctor _____ Date _____



Rand Center for Dentistry

Elliot J. Rand, D.D.S.
General, Laser & Cosmetic Dentistry • Lic. #D1 16358

AUTHORIZATION FOR A DESIGNATED ADULT TO CONSENT FOR AND ACCOMPANY A MINOR PATIENT

(This form must be signed in the Dental Clinic or in front of a Notary Public)

I, _____, the father/mother/legal guardian of _____
(name of parent/guardian) (circle one) (name of child)
authorize _____ to accompany my child (or legal ward for whom I am
(adult 18 years or older who will accompany child)
empowered) to consent; and to give consent for any necessary dental procedures. This authorization
will remain in effect until such time as I give notice of its termination.

Signature of parent/legal guardian

Signature of witness/Notary Public

Date

AUTORIZACION PARA UN ADULTO AUTORIZAR Y ACOMPAÑAR UN PACIENTE MENOR DE EDAD

(Esta planilla debe ser firmada en la clinica dental o frente a un Notario Publico)

Yo, _____, padre/madre/guardian legal de _____ autorizo a
(Nombre de padre o guardian legal) (marque con un círculo) (Nombre de paciente menor de edad)
_____ acompañar a mi niño(a) (o el niño(a) de quien tengo custodia
(Adulto de 18 años a mayor quien acompañara al niño(a))
legal) y dar autorizacion para cualquier tratamiento dental que sea necesario. Esta autorizacion quedara
on vigor hasta que yo elija negarlo.

Firma padre o guardian legal

Firma testigo o Notario Publico

Date