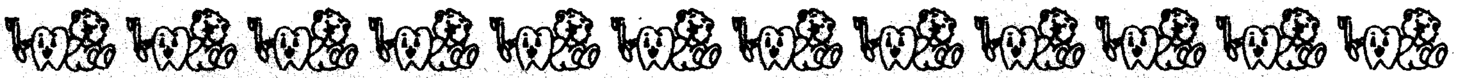

CHILD'S REGISTRATION AND HEALTH HISTORY

WELCOME! Proper dental hygiene begins at an early age. Please fill out the following important information so we can make a thorough evaluation of your child's dental needs. Thank you for your cooperation!

Child's Name ____________ Nickname: ____________ Birth Date: ________ ( ) M ( ) F

Social Security #: ____________ Home Phone: ________ Age: ____________

Address: ____________ City: ____________ State: ________ Zip: ________

RESPONSIBLE PARTY: (If other parents, please state name and relationship) ____________

Name of Father: ____________

Date of Birth: ________ SS#: ________

Employer: ________ Occupation: ________

Work Phone: ____________

Cell Phone: ____________

Name of Mother: ____________

Date of Birth: ________ SS#: ________

Employer: ________ Occupation: ________

Work Phone: ____________

Cell Phone: ____________

PRIMARY DENTAL INSURANCE:

Person Responsible for Account: ____________

Relationship to Child: ____________

Insurance Company: ____________

Subscriber ID#: ________ Group#: ________

SECONDARY DENTAL INSURANCE:

Person Responsible for Account: ____________

Relationship to Child: ____________

Insurance Company: ____________

Subscriber ID#: ________ Group#: ________

MEDICAL HISTORY: Child's Physician or Pediatrician: ____________ Phone: ________

Has your child ever been hospitalized for any illness, surgery? Yes____ No____ For? ____________

Is your child currently taking any prescription medications? ____________

Is your child allergic to any food or medicine including antibiotics and local anesthetic solutions? ____________

Does your child have a history of the following disorders: please circle Yes (Y) or No (N)

Y N Allergy	Y N Diabetes	Y N Hearing Disorder	Y N Kidney Disorder	Other ________
Y N Anemia	Y N Eating Disorder	Y N Heart Murmur	Y N Liver Disorder	________
Y N Asthma	Y N Emotional Disorder	Y N Heart Disorder	Y N Malignancy/ Neoplasm	________
Y N Blood Disorder	Y N Epilepsy	Y N HIV/ AIDS	Y N Rheumatic Fever	________
Y N Bleeding Disorder	Y N Eye Disorder	Y N Hepatitis	Y N Tuberculosis	________

Does your child have any learning disability or ADD/ ADHD? ____________

DENTAL HISTORY: Is this your child's first dental visit? ____________ Reason for today's visit? ________

Has your child ever had an unpleasant experience in a dental office: ____________

Does your child have any dental habits? ____ Thumb/ finger sucking ____ Fingernail biting ____ Pacifier Habit ____ Bottle at night (with milk)

Name and Age of other children: ____________

How did you hear about our office? **Friend** ________ **Newspaper** ________ **Insurance Network:** ________

Doctor ________ **Other:** ____________

CONSENT: Because your child is a minor, it becomes necessary that a signed permission is obtained from a parent or guardian before any/ or all necessary dental services are rendered. Furthermore, the undersigned will be responsible for any fee incurred on the above child for dental treatment rendered. INSURANCE: I also hereby authorize all insurance payment directly to Dr. Suet Wu, P.C., for all insurance benefits otherwise payable to me for services rendered. I authorize the above doctor in this office to release information required to secure the payment of benefits. I authorize the use of this signature on all insurance submissions.

Authorization is hereby granted as such: Signature: ____________ **Date:** ________

孩童看診及健康狀況表格

歡迎來到我們的診所!請詳細填寫以下的表格為此我們可以了解及評估孩童的健康狀況和口腔上的需要，謝謝您的合作！

兒童姓名：________ 暱稱：________ 出生日期:________ ( )男 ( )女

社會安全號碼: ________ 家中電話:________ 年齡: ________

住址：________ 區：________ 州：________ 郵遞區號：________

監護人團體: (如果不同於父母，請標示姓名及與孩童關係) ________

父親姓名：________

出生日期：________ 社會安全號碼：________

公司名稱：________ 職稱：________

公司電話：________

手機號碼：________

母親姓名：________

出生日期：________ 社會安全號碼：________

公司名稱：________ 職稱：________

公司電話：________

手機號碼：________

主要保險：

保險持有人：________

與孩童關係: ________

保險公司名稱：________

保險卡號碼 #：________ 保險類目號碼 #: ________

次要保險：

保險持有人：________

與孩童關係: ________

保險公司名稱：________

保險卡號碼 #：________ 保險類目號碼 #: ________

孩童病史： 小孩的兒科醫師：________ 電話：________

請問您的小孩是否有曾經因病或手術住院：是____ 否____ 為何原因？________

請問您的小孩目前有無接受任何的藥物治療？________

請問您的小孩有無對任何食物或藥物過敏包括抗生素及局部麻醉藥劑？________

請問您的小孩是否有以下的疾病：請選圈（有）或（無）

有	無	過敏	有	無	糖尿病	有	無	聽覺失調	有	無	腎功能失調	其他 ________
有	無	貧血	有	無	飲食失調	有	無	心臟雜音	有	無	肝功能失調	________
有	無	氣喘	有	無	情緒失調	有	無	心臟疾病	有	無	癌症	________
有	無	血液疾病	有	無	癲癇	有	無	愛滋病	有	無	風濕痛	________
有	無	流血不止	有	無	視覺失調	有	無	肝炎	有	無	結核病	________

請問您的小孩在學習上有任何障礙嗎？________

口腔病史： 請問這是您的小孩第一次看牙醫嗎？________ 請問今天看診的原因？________

請問您的小孩是否在其他牙科診所有過任何不愉快的經驗：________

您的小孩有無任何不良的口腔習慣？ ____ 吸允手指 ____ 咬指甲 ____ 吸奶嘴 ____ 夜晚喝奶睡覺

家中其他小孩的姓名及年齡：________

請問是誰介紹您來的？________

同意背書： 因為您的小孩尚未成年，因此在我們做任何診療之前，必須先取得孩童父母或監護人的簽名同意。再此，以下的簽名會被用於負責於以上孩童所有在診療時所需的費用。保險方面：“我在此將所有給付索償金額授權於胡雪薇醫師，我授權於胡醫師在必要時提供我的資料以確保保險方面的給付。我將此簽名授權用於所有的保險的申請上”。

我以此簽名授權於胡醫師，授權/監護人簽名: ________ 日期: ________