



CITY OF ELIZABETH, NEW JERSEY
DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES

J. CHRISTIAN BOLLWAGE
MAYOR

MARK S. COLICCHIO
HEALTH OFFICER

Public Health Dental Program

School 1 Dental Clinic. 250 Broadway Elizabeth NJ 07206 9084365565
School 3 Dental Clinic. 700 Second Ave Elizabeth NJ 07202 9084366226

Maylin Lambert, DMD
DENTIST

Evangelina Faulk
Dental Assistant

I request the facilities of the Dental Clinic be granted to: _____
(NAME OF CHILD)

For such care as may be deemed necessary.

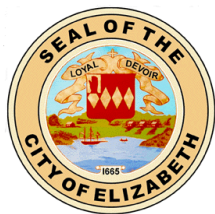
I understand these facilities include, but not limited to x-ray visualization, cleaning, fluoride, composite/compomer restoration, sealants, sedative restorations, oral hygiene education, tooth extraction, remedial and incremental care and treatment, and further understand this permission is granted until treatment is completed.

This permission is valid until withdrawn in writing.

Name: _____
(PARENT OR GUARDIAN)

Date: _____

Signature of parent or legal guardian: _____



MUNICIPIO DE ELIZABETH, NEW JERSEY

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS

J. CHRISTIAN BOLLWAGE
ALCALDE

MARK S. COLICCHIO
OFICIAL DE SALUD

Programa Dental de Salud Pública

Escuela 1 Clínica Dental. 250 Broadway Elizabeth NJ 07206 9084365565

Escuela 3 Clínica Dental. 700 Second Ave Elizabeth NJ 07202 9084366226

Dra. Maylin Lambert

DENTISTA

Evangelina Faulk

Asistente Dental

Yo solicito que los servicios de la clínica dental sean ofrecidos a: _____
(NOMBRE DEL NIÑO)

Para el cuidado que sea necesario.

Yo entiendo que esos servicios incluyen pero no estan limitados a rayos-x, limpiezas dentales, fluoruro, restauraciones con resinas/compomeros, sellantes de fosas y fisuras, restauraciones sedantes, educación en higiene oral, extracción dental y otros tratamientos.

Al firmar este documento yo doy mi permiso que se haga todo lo necesario hasta que el tratamiento sea completado.

Este permiso será válido hasta que se notifique lo contrario por escrito.

Nombre: _____ Fecha: _____
(MADRE, PADRE O REPRESENTANTE LEGAL)

Firma: _____
(MADRE, PADRE O REPRESENTANTE LEGAL)

CHILD MEDICAL HISTORY

PARENT/GUARDIAN: The purpose of the following is to determine if your child has a medical condition that may require special care. All information is confidential and kept in your child's dental record.

Name: _____ Birthday: ____/____/____

Child prefers to be called: _____

Current Height _____ feet _____ inches. Current Weight: _____ pounds.

Date of child's last medical exam: ____/____/____ Reason: _____

Pediatrician Name: _____ Address: _____ Phone: _____

Child's current Physical health is: ☐ Good ☐ Fair ☐ Poor

Is the child currently under the care of a physician? ☐ Yes ☐ No Please explain: _____

Is the child taking any prescriptions or over the counter drugs? ☐ Yes ☐ No

If yes, please list: _____

Does your child use tobacco in any form? ☐ Yes ☐ No

FOR WOMEN: Is a child taking birth control? ☐ Yes ☐ No. Is the child pregnant? ☐ Yes, week #: _____ ☐ No ☐ Unsure
Is child nursing? ☐ Yes ☐ No

Allergy to:

Aspirin ☐ Yes ☐ No

Local anesthesia ☐ Yes ☐ No

Latex ☐ Yes ☐ No

Penicillin ☐ Yes ☐ No

Barbiturates ☐ Yes ☐ No

Other: _____

Sulfa Drugs ☐ Yes ☐ No

Codeine ☐ Yes ☐ No

Please indicate if the child has been diagnosed or treated for any of the following:

Abnormal bleeding ☐ Yes ☐ No Emphysema ☐ Yes ☐ No Mitral Valve Prolapse ☐ Yes ☐ No

Alcohol Abuse ☐ Yes ☐ No Epilepsy/Seizures ☐ Yes ☐ No Pacemaker ☐ Yes ☐ No

Anemia ☐ Yes ☐ No Fainting Spells ☐ Yes ☐ No Persistent Cough ☐ Yes ☐ No

Arthritis ☐ Yes ☐ No Glaucoma ☐ Yes ☐ No Psychiatric Problems ☐ Yes ☐ No

Artificial bones/Joints ☐ Yes ☐ No High Fever ☐ Yes ☐ No Radiation Treatment ☐ Yes ☐ No

Artificial Heart Valves ☐ Yes ☐ No Heart Attack ☐ Yes ☐ No Rheumatic Fever ☐ Yes ☐ No

Autoimmune Disease ☐ Yes ☐ No Heart Murmur ☐ Yes ☐ No Scarlet Fever ☐ Yes ☐ No

Asthma ☐ Yes ☐ No Heart Surgery ☐ Yes ☐ No Sinus Problems ☐ Yes ☐ No

Blood transfusion ☐ Yes ☐ No Hepatitis Type _____ ☐ Yes ☐ No Steroid Therapy ☐ Yes ☐ No

Cancer ☐ Yes ☐ No Herpes/Fever blister ☐ Yes ☐ No Stroke ☐ Yes ☐ No

Chemotherapy ☐ Yes ☐ No High/Low blood pressure ☐ Yes ☐ No Thyroid Problems ☐ Yes ☐ No

Colitis/Ulcers ☐ Yes ☐ No HIV+/AIDS ☐ Yes ☐ No Tuberculosis ☐ Yes ☐ No

Congenital Heart defect ☐ Yes ☐ No Kidney Problems ☐ Yes ☐ No Venereal Disease ☐ Yes ☐ No

Diabetes ☐ Yes ☐ No Liver Disease ☐ Yes ☐ No

Difficulty breathing ☐ Yes ☐ No Migraines/frequent ☐ Yes ☐ No

List any serious medical condition(s) that the child has experienced: _____

Was the child born of a normal 9-month pregnancy? ☐ Yes ☐ No If premature, how many months? _____

Is a child physically or mentally handicapped in any way? ☐ Yes ☐ No. If yes, how? _____

Does a child need an update on immunizations? ☐ Yes ☐ No

Is a child in the grade appropriate for his/her age? ☐ Yes ☐ No

Has a child ever received general anesthesia or sedation? ☐ Yes ☐ No

I have answered these questions for the patient (child) to the best of my knowledge and ability.

Signature of parent or legal guardian

Date

Historia Médica del Niño

PADRE/TUTOR: El propósito de lo siguiente es determinar si su hijo tiene una condición médica que pueda requerir atención especial. Toda la información es confidencial y se mantiene en el registro dental de su hijo.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
El niño prefiere que lo llamen: _____
Altura: _____ pies _____ pulgadas. Peso: _____ libras
Fecha del último examen médico del niño: ____/____/____ Razón: _____
Nombre del pediatra: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____
La salud física actual del niño es: ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala
Está el niño actualmente bajo el cuidado de un médico? ☐ Sí ☐ No. Por favor explique: _____
Está tomando el niño algún medicamento recetado o sin receta? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, indique: _____
Su hijo consume tabaco en alguna forma? ☐ Sí ☐ No

PARA MUJERES: Su hija toma tabletas anticonceptivas? ☐ Sí ☐ No.
Su hija está embarazada? ☐ Sí, semana # ____ ☐ No ☐ No estoy seguro.
Su hija está amamantando? ☐ Sí ☐ No

Alergias a:

Aspirina ☐ Sí ☐ No. Anestesia local ☐ Sí ☐ No. Latex ☐ Sí ☐ No. Penicilina ☐ Sí ☐ No. Barbiturates ☐ Sí ☐ No.
Codeína ☐ Sí ☐ No. Sulfá ☐ Sí ☐ No. Otros: _____

Por favor indique si el niño ha sido diagnosticado o tratado por alguno de los siguientes:

Sangrado anormal ☐ Sí ☐ No	Enfisema ☐ Sí ☐ No	Prolapso de la válvula mitral ☐ Sí ☐ No
Abuso de Alcohol ☐ Sí ☐ No	Marcapasos ☐ Sí ☐ No	Epilepsia/Convulsiones ☐ Sí ☐ No
Anemia ☐ Sí ☐ No	Desmayos. ☐ Sí ☐ No	Tos persistente. ☐ Sí ☐ No
Artritis ☐ Sí ☐ No	Glaucoma. ☐ Sí ☐ No	Problemas psiquiátricos ☐ Sí ☐ No
Fiebre Alta ☐ Sí ☐ No	Fiebre Reumática ☐ Sí ☐ No	Huesos/Articulaciones artificiales ☐ Sí ☐ No
Radiación ☐ Sí ☐ No	Ataque al Corazón ☐ Sí ☐ No	Válvulas cardíacas artificiales ☐ Sí ☐ No
Soplo en el corazón ☐ Sí ☐ No	Cirugía del corazón ☐ Sí ☐ No	Enfermedad Autoinmune ☐ Sí ☐ No
Fiebre Escarlatina ☐ Sí ☐ No	Hepatitis tipo ____ ☐ Sí ☐ No	Problemas sinusales ☐ Sí ☐ No
No		
Asma ☐ Sí ☐ No	Accidente Cardiovascular ☐ Sí ☐ No	Terapia con esteroides ☐ Sí ☐ No
No		
Cancer ☐ Sí ☐ No	Tranfusión de Sangre ☐ Sí ☐ No	Herpes/Ampolla febril ☐ Sí ☐ No
No		
Quimioterapia ☐ Sí ☐ No	VIH/SIDA ☐ Sí ☐ No	Presión Arterial Alta/Baja ☐ Sí ☐ No
Colitis/Ulceras ☐ Sí ☐ No	Diabetes ☐ Sí ☐ No	Defecto cardíaco congénico ☐ Sí ☐ No
Dificultad al respirar ☐ Sí ☐ No	Problemas Renales ☐ Sí ☐ No	Enfermedad Hepática ☐ Sí ☐ No
Tuberculosis ☐ Sí ☐ No	Problemas de Tiroides ☐ Sí ☐ No	Frecuentes Migrañas ☐ Sí ☐ No
Enfermedad Venérea ☐ Sí ☐ No		
No		

Mencione cualquier condición médica grave que el niño haya experimentado:

El niño fue término completo de 9 meses al nacer? ☐ Sí ☐ No. Si fué prematuro, cuántos meses? _____
Está el niño mental o físicamente discapacitado? ☐ Sí ☐ No. En caso afirmativo, describe _____
El niño necesita alguna actualización de vacunas? ☐ Sí ☐ No
Está el niño en el grado apropiado para su edad? ☐ Sí ☐ No
Alguna vez el niño ha recibido anestesia general o sedación? ☐ Sí ☐ No

He contestado estas preguntas para el paciente (niño) con lo mejor de mi conocimiento y entendimiento

Firma del padre o tutor legal
Fecha

Child Dental History

Why have you come to the dentist today? _____

Name of your child's previous dentist: _____ Address: _____

Office phone number: _____ Date of your child's last dental visit: _____

Did the child have X-rays taken at that time? ☐ Yes ☐ No

Reason for seeking dental treatment at that time? ☐ Routine Exam ☐ Teeth Cleaning ☐ Special Problem

If special problem, please explain: _____

YES NO

☐ ☐ **Has a child previously complained about dental problems?**

If yes, please explain: _____

☐ ☐ **Is a child extremely nervous or anxious while receiving dental treatment?**

If yes, please explain: _____

☐ ☐ **Has the child had any injuries to the mouth, teeth or head?**

If yes, please explain: _____

☐ ☐ **Does a child have any mouth habits (thumb sucking/nail biting/nursing bottle/pacifier/sippy cup, etc.)?**

If yes, please explain: _____

☐ ☐ **Does a child have unusual speech habits?**

If yes, please explain: _____

☐ ☐ **Has a child worn orthodontic appliances now or in the past?**

If yes, please explain: _____

☐ ☐ **Is a child assisted with tooth brushing?**

How often are the child's teeth brushed? _____ times daily _____ times weekly

How often are the child's teeth flossed? _____ times daily _____ times weekly

☐ ☐ **Does a child use toothpaste?** What type? _____

☐ ☐ **Is the child's drinking water fluoridated?**

☐ ☐ **Is the child taking fluoride in any other form?**

If yes, please explain: _____

☐ ☐ **Has any member of the family ever had an unusual dental history, such as missing or extra teeth?**

If yes, please explain: _____

☐ ☐ **Does a child snack or frequently consume sugar such as gum, soda, life savers or fruit juices?**

If yes, please explain: _____

I have answered these questions for the patient (child) to the best of my knowledge and ability.

Signature of parent or legal guardian

Date

Historia Dental Infantil

Por que el niño viene hoy al dentista? _____

Nombre del dentista anterior de su hijo: _____ Dirección _____

Teléfono de la oficina dental: _____ Fecha de la última cita: _____

Le tomaron radiografías al niño en ese momento? ☐ Sí ☐ No

Motivo de su visita al dentista en ese momento: ☐ Examen de rutina ☐ limpieza dental ☐ Problema dental

Si hay un problema dental, explique: _____

Sí NO

- ☐ ☐ **El niño se ha quejado anteriormente de problemas dentales?**
En caso afirmativo, explique: _____
- ☐ ☐ **El niño se muestra extremadamente nervioso o ansioso mientras recibe tratamiento dental?**
En caso afirmativo, explique: _____
- ☐ ☐ **Ha tenido el niño algún accidente de la boca, los dientes o la cabeza?**
En caso afirmativo, explique: _____
- ☐ ☐ **Tiene el niño algún hábito bucal (Chupar el dedo, morder las uñas, biberón, chupete, etc)?**
En caso afirmativo, explique: _____
- ☐ ☐ **El niño tiene hábitos de habla inusual?**
En caso afirmativo, explique: _____
- ☐ ☐ **El niño usa aparatos de ortodoncia ahora o en el pasado?**
En caso afirmativo, explique: _____
- ☐ ☐ **El niño requiere de ayuda para cepillarse sus dientes?**

Con que frecuencia se cepilla los dientes? _____ veces al día _____ veces por semana

Con que frecuencia usa el hilo dental? _____ veces al día _____ veces por semana

☐ ☐ **El niño usa pasta dental?** Que tipo? _____

☐ ☐ **El niño toma agua fluorada?**

☐ ☐ **El niño está tomando fluoruro en alguna otra forma?**

En caso afirmativo, explique: _____

☐ ☐ **Algún miembro de la familia ha tenido alguna vez antecedentes dentales inusuales como dientes extras o faltantes?**

En caso afirmativo, explique: _____

☐ ☐ **El niño merienda o frecuentemente consume azúcar como dulces, caramelos, galletas, chicle, refrescos, jugos de frutas, etc?**

En caso afirmativo, explique: _____

He contestado estas preguntas para el paciente (niño) con lo mejor de mi conocimiento y entendimiento.

Firma del padre o tutor legal

Fecha

INSURANCE VERIFICATION FORM

Patient Name: _____
Date of birth: _____ Sex: _____ Female _____ Male
Street Address: _____ City: _____
State: _____ Zip: _____
Social Security Number: _____
Email: _____
Phone: _____ (work) _____ (mobile)

Primary Medical Insurance

Provider: _____
Phone No.: _____
Policy No.: _____ Member ID: _____
Subscriber Name: _____ DOB: _____
Subscriber relation to the patient: _____
Plan type: ☐ HMO ☐ PPO ☐ MEDICARE ☐ Other: _____

Does the patient have Dental insurance? ☐ Yes ☐ No

If yes, please provide the following information;

Provider: _____
Phone No.: _____
Policy No.: _____ Member ID: _____
Subscriber Name: _____ DOB: _____
Subscriber relation to the patient: _____
Coverage percentage: _____
Other: _____

Does the patient have Secondary Dental insurance? ☐ Yes ☐ No

If yes, please provide the following information;

Provider: _____
Phone No.: _____
Policy No.: _____ Member ID: _____
Subscriber Name: _____ DOB: _____
Subscriber relation to the patient: _____
Coverage percentage: _____
Other: _____

I have answered these questions for the patient (child) to the best of my knowledge and ability.

Signature of patient or legal guardian

Date

Formulario de verificación del seguro

Nombre del paciente: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino
Dirección: _____ Ciudad: _____
Estado : _____ Código Postal: _____
Número de Seguro Social: _____
Correo electrónico: _____
Teléfono: _____ (trabajo) _____ (celular)

Seguro Médico Primario

El paciente presenta seguro médico? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, proporcione la siguiente información;
Proveedor: _____
Número de teléfono: _____
Número de póliza: _____ Miembro ID: _____
Nombre del suscriptor: _____ Nacimiento: ____/____/____
Relación del suscriptor con el paciente: _____
Tipo de Plan: ☐ HMO ☐ PPO ☐ MEDICARE ☐ Otro: _____

Seguro Dental Primario

El paciente presenta seguro dental ? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, proporcione la siguiente información;
Proveedor: _____
Número de teléfono: _____
Número de póliza: _____ Miembro ID: _____
Nombre del suscriptor: _____ Nacimiento: ____/____/____
Relación del suscriptor con el paciente: _____
Porcentaje de cobertura: _____
Otro: _____

Seguro Dental Secundario

El paciente presenta seguro dental secundario ? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, proporcione la siguiente información;
Proveedor: _____
Número de teléfono: _____
Número de póliza: _____ Miembro ID: _____
Nombre del suscriptor: _____ Nacimiento: ____/____/____
Relación del suscriptor con el paciente: _____
Porcentaje de cobertura: _____
Otro: _____