



**VOLUSIA COUNTY HEALTH DEPARTMENT DENTAL OFFICE
NEW PATIENT QUESTIONNAIRE - MINOR**

Patient Information - Información paciente

Name/Nombre: _____

Birth Date/Fecha de nacimiento: _____

Social Security Number/Numero de Seguro Social: _____

Gender/Genero: _____

Primary Language/Lengua primaria: _____

Race/ Raza: *If Multi-Racial, select all that apply/ Si es Multi-Racial, seleccione todos los que se apliquen*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native
Indio Nativo/de Alaska Americano | <input type="checkbox"/> Japanese/Japones |
| <input type="checkbox"/> Korean/Coreano | <input type="checkbox"/> Asian Indian/Indio asiatico |
| <input type="checkbox"/> Pacific Islander (other)/Isleno pacífico (otro) | <input type="checkbox"/> Asian Other/Asiatico otro |
| <input type="checkbox"/> Black/African-American/ Negro/Africano-Americano | <input type="checkbox"/> Samoan |
| <input type="checkbox"/> Chinese/Chino | <input type="checkbox"/> Vietnamese/Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Filipino/Filipino | <input type="checkbox"/> White/Blanca |
| <input type="checkbox"/> Guamanian | <input type="checkbox"/> Other/Otro |
| <input type="checkbox"/> Hawaiian Native/Hawaiano | |

Ethnicity/Pertenencia etnica:

- Hispanic/Latino - Hispano/Latino
- Non-Hispanic/Latino - Non-Hispano/Latino
- Unknown/Unreported - Desconocido/no denunciado

Country of Birth/Pais de nacimiento: _____

If born outside the U.S., date arrived/Si nacido fuera de los Estados Unidos, la fecha llego _____

Street Address/Direccion: _____

Mailing Address/Direccion de envies: _____

Home Telephone Number/Numero de telefono casero: _____



Natural Mother or Guardian (Please circle one) Information - Informacion de la madre o del guarda

Name/Nombre: _____

Birth Date/Fecha de nacimiento: _____

Social Security Number/Numero de Seguro Social: _____

Marital Status/Estado Civil: Singe/Soltero Married/Casado Divorced/Divorciado
 Separtaed/Seperado Widowed/Viuda

Primary Language/Lengua primaria: _____

Race/Raza (see options on page 1): _____

Ethnicity/Pertenencia etnica (see options on page 1): _____

Country of Birth/Pais de nacimiento: _____

If born outside the U.S., date arrived/Si nacido fuera de los Estados Unidos, la fecha llego _____

Street Address/Direccion: _____

Mailing Address/Direccion de envies: _____

Home Telephone Number/Numero de telefono casero: _____

Cell Phone Number/Numero de telefono celular: _____

Employer/Lugar de empleo: _____

Employer Address/Direccion de empleo: _____

Occupation/Ocupacion: _____

Start Date/Fecha del comienzo: _____ Telephone/ Numero de telefono : _____

Estimated Earned Monthly Income/Sueldo mensual: \$ _____

Unearned Monthly Income/ Otros ganancias mensuales: \$ _____
(Unearned income includes Social Security, Public Assistance, Unemployment, Alimony, Worker's Comp, Child Support, Other)
(Otros ganancias incluye Seguro Social, la asistencia publica, el desempleo, los alimentos, comp del trabajador, ayuda de ninos, otra)

Monthly Expenses/ Gastos mensuales

Mortgage/Rent - Hipoteca/alquiler: \$ _____ Alimony/Pension: \$ _____

Food/Alimento: \$ _____ Medical/Medico: \$ _____

Utilities/Utilidades: \$ _____ Phone/Telefono: \$ _____

Auto Loan/Prestamo auto: \$ _____ Other Loans/Otros prestamos: \$ _____

Credit Cards/Tarjetas de credito: \$ _____ Insurance/Seguro: \$ _____

Other/Otro: \$ _____



Natural Father or Guardian (Please circle one) Information - Informacion de la padre del guarda

Name/Nombre: _____

Birth Date/Fecha de nacimiento: _____

Social Security Number/Numero de Seguro Social: _____

Marital Status/Estado Civil: Singe/Soltero Married/Casado Divorced/Divorciado
 Separtaed/Seperado Widowed/Viuda

Primary Language/Lengua primaria: _____

Race/Raza (see options on page 1): _____

Ethnicity/Pertenencia etnica (see options on page 1): _____

Country of Birth/Pais de nacimiento: _____

If born outside the U.S., date arrived/Si nacido fuera de los Estados Unidos, la fecha llego _____

Street Address/Direccion: _____

Mailing Address/Direccion de envies: _____

Home Telephone Number/Numero de telefono casero: _____

Cell Phone Number/Numero de telefono celular: _____

Employer/Lugar de empleo: _____

Employer Address/Direccion de empleo: _____

Occupation/Ocupacion: _____

Start Date/Fecha del comienzo: _____ Telephone/Numero de telefono: _____

Estimated Earned Monthly Income/Sueldo mensual: \$ _____

Unearned Monthly Income/ Otros ganancias mensuales: \$ _____
(Unearned income includes Social Security, Public Assistance, Unemployment, Alimony, Worker's Comp, Child Support, Other)
(Otros ganancias incluye Seguro Social, la asistencia publica, el desempleo, los alimentos, comp del trabajador, ayuda de ninos, otra)

Monthly Expenses/ Gastos mensuales

Mortgage/Rent - Hipoteca/alquiler: \$ _____ Alimony/Pension: \$ _____

Food/Alimento: \$ _____ Medical/Medico: \$ _____

Utilities/Utilidades: \$ _____ Phone/Telefono: \$ _____

Auto Loan/Prestamo auto: \$ _____ Other Loans/Otros prestamos: \$ _____

Credit Cards/Tarjetas de credito: \$ _____ Insurance/Seguro: \$ _____

Other/Otro: \$ _____