

Welcome

PATIENT INFORMATION

Patient's Last name (Apellido del paciente): _____		First name (Nombre del paciente): _____	
Middle name (Segundo Nombre) : _____		Preferred name (Nombre preferido): _____	
Gender: (Género): Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>		single/soltero <input type="checkbox"/> married/casado <input type="checkbox"/> child/niño <input type="checkbox"/>	
Date of Birth (Fecha de nacimiento): _____		Age (Edad) : _____ SS #: _____	
Occupation (Ocupación): _____		Employer(Empleador): _____	
Email (Correo electronico): _____			
Cell (Celular): _____		Home phone (teléfono de casa): _____	
Preferred contact method (Método preferido de contacto): Home/ Casa <input type="checkbox"/> cell/cellular <input type="checkbox"/>			
Home address: _____			
(La dirección de la casa) : Street Address (dirección) City (Ciudad) State (Estado) Zip (Código Postal)			
Billing Address (if different): _____			
(Dirección de facturación) : Street Address (dirección) City (Ciudad) State (Estado) Zip (Código Postal)			
Emergency contact name(Nombre de la persona en caso de emergencia): _____			
phone (teléfono): _____		Relation(Relación): _____	
Responsible Party (Persona Responsable): _____		SSN# _____	
Date of Birth(Fecha de nacimiento): _____		Relation to Patient(Relación con el Paciente): _____	
Driver license number and state (Número de licencia de conducir y el estado): _____			

INSURANCE INFORMATION

Primary Dental Insurance (Seguro Dental Primario)	
Policy(Numero de Polisa) # _____	Groups (Grupos) #: _____
Secondary Dental Insurance (Seguro Dental Secundario)	
Policy(Numero de Polisa) # _____	Groups (Grupos) #: _____
Subscriber Name (Nombre del Asegurado): _____	
Date of birth(Fecha de nacimiento): _____	SS #: _____

How did you hear about us? (¿Cómo se entero de nuestra oficina?) _____	
Previous dentist's name and address(Nombre del dentista anterior y dirección): _____	

<u>HEALTH HISTORY</u>	<u>HISTORIA de SALUD</u>
Patient's Physician's name and contact number: _____ _____	Nombre Médico número de contacto del paciente: _____ _____
<u>DENTAL HISTORY</u>	<u>HISTORIA DENTAL</u>
How may we help you today? _____ _____ Your current dental health is: <input type="checkbox"/> <i>Good</i> <input type="checkbox"/> <i>Fair</i> <input type="checkbox"/> <i>Poor</i> Are you currently in pain? <input type="checkbox"/> <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> Have you ever had gum treatment? <input type="checkbox"/> <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> Do you now or have you had any pain/discomfort in your jaw joint? (TMJ) <input type="checkbox"/> <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> Do your gums bleed? <input type="checkbox"/> <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> How many times do you: Floss/ day? _____ brush/day? _____ Are your teeth sensitive to hot, cold or anything else? <input type="checkbox"/> <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> Have you ever had a serious/difficult problem with any previous dental work? <input type="checkbox"/> <i>Yes</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> When was your last dental cleaning?	¿Cómo podemos ayudarle hoy? _____ _____ Su salud dental actual es: <input type="checkbox"/> <i>Bueno</i> <input type="checkbox"/> <i>Justo</i> <input type="checkbox"/> <i>Pobre</i> ¿Está usted actualmente en el dolor? <input type="checkbox"/> <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> ¿Alguna vez ha recibido tratamiento de las encías? <input type="checkbox"/> <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> ¿Tiene ahora o ha tenido cualquier dolor o molestia en la articulación de la mandíbula? (TMJ) <input type="checkbox"/> <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> Le sangran las encías? <input type="checkbox"/> <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> ¿Cuántas veces usted: Floss / día? _____ cepillo / día ? _____ Son sus dientes sensibles al calor, frío o algo más? <input type="checkbox"/> <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> ¿Alguna vez ha tenido una dificultad seria con cualquier trabajo dental anterior? <input type="checkbox"/> <i>Sí</i> <input type="checkbox"/> <i>No</i> ¿Cuándo fue su última limpieza dental?
<u>GENERAL HEALTH HISTORY</u>	<u>HISTORIA GENERAL DE SALUD</u>
I. CIRCLE APPROPRIATE ANSWER :	I. MARQUE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA CORRECTA :
1. Yes No Is your general health good? 2. Yes No Has there been a change in your Health within the last year? 3. Yes No Have you been hospitalized or had a serious illness in the last Three years? If YES, why? _____ _____ 4. Yes No Are you being treated by a Physician now? For what? _____ _____ Date of last medical exam:	1. Sí No ¿Está en buena salud general? 2. Sí No ¿Han habido cambios en su salud durante El último año? 3. Sí No ¿Ha estado hospitalizado/a o ha tenido de una enfermedad grave en los últimos tres años? ¿Sí Sí, por qué? _____ _____ 4. Sí No ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento médico? ¿Para qué? _____ _____ Fecha de su último examen médico:

V. ARE YOU TAKING?	V. ESTÁ TOMANDO:
<p>39. <i>Yes No</i> Drugs, medications, over-the-counter medicine (Including Aspirin, Blood thinners, Osteoporosis (bone density) Medicine? Please list: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>39. <i>Sí No</i> ¿Remedios, medicamentos, medicamentos sin receta(incluyendo aspirina, , sangre anticoagulants, Osteoporosis (hueso densidad) medicina? Liste por favor: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>40. <i>Yes No</i> Tobacco in any form?</p>	<p>40. <i>Sí No</i> ¿Tabaco de cualquier tipo?</p>
VI. WOMEN ONLY:	VI. SÓLO PARA MUJERES:
<p>41. <i>Yes No</i> Are you or could you be pregnant Or nursing?</p>	<p>41. <i>Sí No</i> ¿Está o podría estar embarazada o dando pecho?</p>
<p>42. <i>Yes No</i> Taking birth control pills?</p>	<p>42. <i>Sí No</i> ¿Está tomando pastillas anticonceptivas?</p>
VII. ALL PATIENTS:	VII. PARA TODOS LOS PACIENTES:
<p>43. <i>Yes No</i> Do you have or have you had any other diseases or medical problems NOT listed on this form? If so, please explain:</p> <p>_____</p>	<p>43. <i>Sí No</i> ¿Tiene o ha tenido alguna otra enfermedad o problema médico que NO está en este cuestionario? Si la respuesta es afirmativa, explique:</p> <p>_____</p>
<p><i>I certify that I have read and understand the above information to the best of my knowledge. The above questions have been accurately answered. I understand that providing incorrect information can be dangerous to my health. I authorize the dentist to release my information including diagnosis and the records to any treatment or examination rendered to my child or me during the period of such dental care to third party payers and/or health practitioners. I authorize and request my insurance company to pay directly to the dentist or dental group insurance benefits otherwise payable to me. I understand that my dental insurance carrier may pay less than the actual bill for services. I agree to be responsible for payment of all services rendered on my behalf or my dependents. I consent to the dental x-rays, diagnostic procedures and treatment by the dentist necessary for proper dental care.</i></p> <p>Patient's(or parent) signature:</p> <p>_____</p> <p>Date:</p> <p>_____</p>	<p><i>Yo certifico que he leído y entendido la información anterior a lo mejor de mi conocimiento. Las preguntas anteriores han sido correctamente contestadas. Entiendo que proveer información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Yo autorizo al dentista a divulgar mi información, incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o exámenes rendidos a mi hijo o yo durante el periodo de la atención dental a los contribuyentes como de terceros y / o profesionales de la salud. Yo autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o un seguro de grupo de los beneficios dentales de otro modo pagadero a mí. Entiendo que mi compañía de seguros dentales puede pagar menos de la cuenta real de servicios. Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o mis dependientes. Doy mi consentimiento a la radiografía dental, los procedimientos de diagnóstico y tratamiento por el dentista necesarias para el cuidado dental apropiado.</i></p> <p>Firma del Paciente(o padres):</p> <p>_____</p> <p>Fecha :</p> <p>_____</p>

Dentist's signature: _____ **Date:** _____

Additional Comments (By dentist only) _____

II. HAVE YOU EXPERIENCED? 5. <i>Yes No</i> Bleeding problems, bruising easily? 6. <i>Yes No</i> Fainting spells? 7. <i>Yes No</i> Seizures?	II. HA NOTADO: 5. <i>Sí No</i> ¿Problemas de sangramiento, moretes? 6. <i>Sí No</i> ¿Desmayos? 7. <i>Sí No</i> ¿Convulsiones?
III. DO YOU HAVE OR HAVE YOU HAD: 8. <i>Yes No</i> Heart disease? 9. <i>Yes No</i> Heart attack, heart defects? 10. <i>Yes No</i> Heart murmurs? 11. <i>Yes No</i> Rheumatic fever? 12. <i>Yes No</i> Stroke, hardening of arteries? 13. <i>Yes No</i> High blood pressure? 14. <i>Yes No</i> Asthma, TB, emphysema, other Lung diseases? 15. <i>Yes No</i> Hepatitis, other liver disease? 16. <i>Yes No</i> Stomach problems, ulcers? 17. <i>Yes No</i> AIDS 18. <i>Yes No</i> Tumors, cancer? 19. <i>Yes No</i> Arthritis, rheumatism? 20. <i>Yes No</i> Eye diseases? 21. <i>Yes No</i> Skin diseases? 22. <i>Yes No</i> Anemia? 23. <i>Yes No</i> VD (syphilis or gonorrhea)? 24. <i>Yes No</i> Herpes? 25. <i>Yes No</i> Kidney, bladder disease? 26. <i>Yes No</i> Thyroid, adrenal disease? 27. <i>Yes No</i> Diabetes? 28. <i>Yes No</i> Osteoporosis? 29. <i>Yes No</i> Allergies to: Drugs, foods, Jewelry, Latex, Metals or any medications (Aspirin, Codeine, Ibuprofen, Vicodin, Dental Anesthetics, Erythromycin, Penicillin, Amoxicillin, Tetracycline, and Clindamycin) or any other things not listed above. _____ _____	III. TIENE O HA TENIDO: 8. <i>Sí No</i> ¿Enfermedades del corazón? 9. <i>Sí No</i> ¿Infarto de corazón, defectos en el corazón? 10. <i>Sí No</i> ¿Soplos en el corazón? 11. <i>Sí No</i> ¿Fiebre reumática? 12. <i>Sí No</i> ¿Apoplejía, endurecimiento de las arterias? 13. <i>Sí No</i> ¿Presión sanguínea alta? 14. <i>Sí No</i> ¿Asma, tuberculosis, enfisema, otras enfermedades 15. <i>Sí No</i> ¿Hepatitis, otras enfermedades del hígado? 16. <i>Sí No</i> ¿Problemas del estómago, úlceras? 17. <i>Sí No</i> ¿SIDA? 18. <i>Sí No</i> ¿Tumores, cáncer? 19. <i>Sí No</i> ¿Artritis, reuma? 20. <i>Sí No</i> ¿Enfermedades de los ojos? 21. <i>Sí No</i> ¿Enfermedades de la piel? 22. <i>Sí No</i> ¿Anemia? 23. <i>Sí No</i> ¿Enfermedades venéreas (sífilis o pulmonares? gonorrea)? 24. <i>Sí No</i> ¿Herpes? 25. <i>Sí No</i> ¿Enfermedades renales (riñón), vejiga? 26. <i>Sí No</i> ¿Enfermedades de tiroides o glándulas? 27. <i>Sí No</i> ¿Diabetes? 28. <i>Sí No</i> Osteoporosis (hueso densidad)? 29. <i>Sí No</i> ¿Alergias a : remedios, alimentos, joyas, De látex, metales o cualquier otro medicamento (Aspirina, Codeína, Iburpufen, Vicodin, Dental Anesthetics, Eritromicina, Penicilina, Amoxicilina, Tetraciclina, Clindamicina) o cualesquiera otros elementos no mencionados anteriormente. _____ _____
IV. DO YOU HAVE OR HAVE YOU HAD: 30. <i>Yes No</i> Psychiatric care? 31. <i>Yes No</i> Radiation treatments? 32. <i>Yes No</i> Chemotherapy? 33. <i>Yes No</i> Prosthetic heart valve? 34. <i>Yes No</i> Artificial joint? 35. <i>Yes No</i> Hospitalization? 36. <i>Yes No</i> Blood transfusions? 37. <i>Yes No</i> Surgeries? 38. <i>Yes No</i> Pacemaker?	VI. TIENE O HA TENIDO: 30. <i>Sí No</i> ¿Tratamiento psiquiátrico? 31. <i>Sí No</i> ¿Tratamientos de radiación? 32. <i>Sí No</i> ¿Quimioterapia? 33. <i>Sí No</i> ¿Válvula artificial del corazón? 34. <i>Sí No</i> ¿Articulación artificial? 35. <i>Sí No</i> ¿Hospitalizaciones? 36. <i>Sí No</i> ¿Transfusiones de sangre? 37. <i>Sí No</i> ¿Cirugías? 38. <i>Sí No</i> ¿Marcapasos?