



PATIENT INFORMATION

(Informacion Sobre Paciente)

Date (Fecha): _____

Patient Name (Nombre Del Paciente): _____

Birthdate (Fecha de Nacimiento) _____ Age Edad _____ Sex (o) M ☐ F ☐ SS# _____

Street Address (Direccion): _____

City (Ciudad): _____ State (Estado): _____ Zip Code (Codigo Posta): _____

Parent/Guardian (Padre/Guardian) _____ Birthdate (Fecha de Nacimiento): _____

Phone/Cell# (Numero de telefono/Celular): _____ Email (Correo Electronico): _____

How were you referred to or find us? (Como escucho de nuestra oficina):

•Google •Facebook •Family/Friend •Community Event •Other Specify: _____

EMERGENCY CONTACT

Name (Nombre): _____ Relationship (Relacion): _____ Phone# (Numero de telefono) _____

INSURANCE INFORMATION

Insurance Company (Nombre Del Aseguradora): _____ Phone# (Numero del seguro): _____

ID# (Numero de ID#): _____ Group# (Numero de Grupo): _____

Subscriber Name (Nombre del Asegurado): _____

Subscriber Birthdate (Fecha de Nacimiento): _____ SS#(Numero Social): _____

GENERAL CONSENT

Please read this form carefully. Should you have any questions, our staff will be happy to help you.

- 1.) I hereby authorize and direct the dentist and/or dental auxiliaries to perform dental treatment with the use of any necessary or advisable radiographs (x-rays) and/or any other diagnostic aids in order to complete a thorough diagnosis and treatment plan.
- 2.) I understand x-rays, photographs, models of the mouth, and/or other diagnostic aids used for an accurate diagnosis and treatment planning are the property of the doctors but copies of certain aids are available upon request for a fee.
- 3.) I understand that the doctor is not responsible for previous dental treatment performed in other offices. I understand that, in the course of treatment, this previously existing dentistry may need adjustment and/or replacement. I realize that guarantees of results or absolute satisfaction are not always possible in dental health service.
- 4.) I have answered all of the questions about me or my dependent's medical history and present health condition fully and truthfully. I have told the dentist or other office personnel about all medical conditions, including allergies. I also understand if my dependent or I ever have any changes in health status or any changes in medication(s), I will inform the doctor at the next appointment
- 1.) Por la presente autorizo a el dentista y/o auxiliares para realizar el tratamiento dental con el uso de cualquier clase de radiografias (rayos X) y/o cualquier otra ayuda conveniente con el fin de completar un exhaustivo diagnostico y plan de tratamiento.
- 2.) Entiendo que los rayos X, modelos de la boca y/u otros medios auxiliares utilizados para el diagnostico y la planificacion del tratamiento son propiedad de Dr.Dental; pero algunas copias de determinadas ayudas estan disponibles con su respectiva solicitud y con una tarifa aplicada
- 4.) Entiendo que el doctor no es responsable por tratamientos dentales realizados previamente en otras oficinas dentales y entiendo que en el transcurso del Nuevo tratamiento dental puede ser necesario el ajuste o reemplazo de los anteriores. Reconozco que la garantia de los resultados o la satisfaccion absoluta no siempre son posibles en los servicios odontologicos
- 6.) He contestado a todas las preguntas sobre el historial y el estado actual de salud de mis dependientes y yo. He informado al dentista u otro personal de la oficina sobre todas las condiciones medicas, incluyendo alergias y lista de medicamentos recetados. Tambien entiendo que debo informar cualquier cambio reciente en mi historial medico.

 X
Signature of Patient, Parent, Guardian (Firma)

Please Print Name Patient, Parent, Guardian (Imprima)

Date (Fecha)

Relationship to Patient (Relacion al Paciente)



HEALTH HISTORY

Patient name (Nombre Del Paciente) _____ DOB (Fecha de Nacimiento): _____

Please circle "yes or no" to indicate if you have, or have had any of the following:

Marque con un círculo el "yes o no" para indicar si tiene o ha tenido alguno de los siguientes

AIDS/HIV (SIDA O VIH)	YES	NO	Jaw Pain (Dolor de mandibular)	YES	NO
Allergies or Hives (Alergias o ronchas)	YES	NO	Liver Disease (Enfermedad del hígado)	YES	NO
Anemia (Anemia)	YES	NO	Nervous Problems (Problemas nerviosos)	YES	NO
Arthritis (Artritis)	YES	NO	Pacemaker (Marcapasos)	YES	NO
Asthma (Asma)	YES	NO	Psychiatric Care (Atención psiquiátrica)	YES	NO
Blood Disease (Enfermedad de la sangre)	YES	NO	Respiratory Disease (Enfermedad respiratoria)	YES	NO
Blood Transfusion (Transfusión de sangre)	YES	NO	Rheumatic Fever (Fiebre reumática)	YES	NO
Cancer (Cancer)	YES	NO	Shortness of Breath (Falta de aliento)	YES	NO
Cold Sores/Fever Blisters (Herpes labial / ampollas de la fiebre)	YES	NO	Sinus Trouble (Problemas de sinusitis)	YES	NO
Chemotherapy (Quimioterapia)	YES	NO	Stroke (Embolio)	YES	NO
Diabetes (Diabetes)	YES	NO	Thyroid Problems (problema de tiroides)	YES	NO
Epilepsy or Seizures (Epilepsia o convulsions)	YES	NO	Tonsillitis (Amigdalitis)	YES	NO
Fainting or Dizziness (Desmayos o mareos)	YES	NO	Tuberculosis (Tuberculosis)	YES	NO
Glaucoma (Glaucoma)	YES	NO	Tumors (Tumores)	YES	NO
Heart Problems (Problemas al Corazon)	YES	NO	Ulcer (Úlcera)	YES	NO
Heart Murmur (Soplo del Corazon)	YES	NO	Veneral Disease (Enfermedad venérea)	YES	NO
Hepatitis (Hepatitis) Type (Tipo) _____	YES	NO	Any other disease/condition not listed above? _____		
Herpes (Herpes)	YES	NO	_____		
High/Low Blood Pressure (Presión alta / baja)	YES	NO	Cualquier otra condición no mencionada arriba? _____		
Jaundice (ictericia)	YES	NO	_____		

Have you been hospitalized in the past 2 years? ¿Ha estado hospitalizado en los últimos 2 años?

Dental History: Historia Dental

Do your gums bleed when you brush your teeth? ¿Tus encías sangran cuando te cepillas los dientes? YES NO

Are your teeth sensitive to hot or cold? ¿Son tus dientes sensibles al calor o al frío? YES NO

Date of your last dental examination? ¿Fecha de su último examen dental? _____

How would you describe your current dental problem? ¿Cómo describirías tu problema dental actual? _____

Birth Control (Control de embarazo)? Yes No

Are you nursing (Estas amamantando)? Yes No

Are you pregnant (Estas embarazada) Yes No

Due date (Fecha de parto): _____

Physician's Name and Phone Number: (Nombre y número de teléfono del medico): _____

MEDICATIONS (Medicamentos)

List any medications you are currently taking.

Lista de medicamentos tomado

ALLERGIES (ALERGIAS)

Circle if you are allergic or list under other and specify

Marque con un círculo si es alérgico o enumere debajo de otro y especifique

Aspirin

Latex

Barbiturates (sleeping pills)

Local Anesthetic

Codeine

Penicillin

Iodine

Other (Otro): _____

Patient signature (Firma del paciente) _____ Date (Fecha) _____

Doctors Signature _____ Date _____