



PATIENT INFORMATION (Información del paciente)

Today's Date (Fecha de hoy): _____ E-Mail Address (Correo electrónico): _____

Name (Nombre): _____
Last (Apellido) First (Nombre) Mi (Inicial) I prefer to be called (Prefiero que me llamen por) Preferred Pronoun (pronombre preferido)

Birthdate (Fecha de nacimiento): ____/____/____ ☐ Male (Hombre) ☐ Female (Mujer) SS# (Seguro Social): _____

Home Address (Dirección de casa): _____ Apt/Condo # _____ City (Ciudad) State (Estado) Zip (Código postal)

☐ Child (Niño/a) ☐ Single (Soltero) ☐ Married (Casado/a) ☐ Divorced (Divorciado) ☐ Widowed (Viudo) ☐ Separated (Separado)

Hm # (Tel.Casa): (____) _____ Cell # (Celular/Otro): _____ Wk # (Tel. Trabajo): (____) _____ Ext: _____

Employer (Patrón): _____ DL# (Licencia de manejar): _____

Employer's Address (Dirección del patrón): _____ City (Ciudad) State (Estado) Zip (Código postal)

Whom may we thank for referring you? (¿A quién debemos agradecerle que lo refiriera?) _____

Other family members seen by us (Otros miembros de la familia atendidos por nosotros): _____

SPOUSAL INFORMATION (INFORMACIÓN DEL/A ESPOSO/A)

Spouse (Esposo/a) Name: _____ Employer (Patrón): _____

Wk # (Tel. Trabajo): (____) _____ Ext: _____ SS# (Seguro Social): _____

Birthdate (Fecha de nacimiento): ____/____/____ DL # (Licencia de manejar): _____

WHO IS ACCOMPANYING THE PATIENT/CHILD (if applicable)? Quien acompaña al niño/a

Name (Nombre): _____ Relationship (Relación): _____

Do you have legal custody of the child? (¿Tiene la custodia legal del niño?) ☐ Yes (Si) ☐ No

Is child in foster home? (¿Está el niño/a en casa de crianza?) ☐ Yes (Si) ☐ No

PARENT'S INFORMATION (INFORMACIÓN DE LOS PADRES)

Parent (Padre/Madre): ☐ Mother (Madre) ☐ Father (Padre) ☐ Step Parent (Padrastro) ☐ Guardian (Guardián/a)

Name (Nombre): _____ Birthdate (Fecha de nacimiento): ____/____/____

E-Mail Address (Correo electrónico): _____

Cell # (Celular): _____ Hm # (Tel.Casa): (____) _____ Employer (Patrón): _____

Wk # (Tel. Trabajo): (____) _____ Ext: _____ SS# (Seguro Social): _____ DL# (Licencia de manejar): _____

Parent (Padre/Madre): ☐ Mother (Madre) ☐ Father (Padre) ☐ Step Parent (Padrastro) ☐ Guardian (Guardián/a)

Name (Nombre): _____ Birthdate (Fecha de nacimiento): ____/____/____

E-Mail Address (Correo electrónico): _____

Cell # (Celular): _____ Hm # (Tel.Casa): (____) _____

Employer (Patrón): _____

Wk # (Tel. Trabajo): (____) _____ Ext: _____ SS# (Seguro Social): _____ DL# (Licencia de manejar): _____

Person Responsible for Account (Persona Responsable de esta Cuenta): Su nombre: _____

Relationship (Relación): _____

Hm # (Tel.Casa): (____) _____ Cell # (Celular/Otro): _____ Wk # (Tel. Trabajo): (____) _____ Ext: _____

INSURANCE (ASEGURANZA)

Primary Insurance (Aseguranza Primariola)

Dental Coverage (¿Plan dental?): ☐ Yes (Si) ☐ No

Insurance Company Name (Compañía de seguros): _____

Insurance Company Address: _____
(Dirección de la compañía de seguros) City (Cuidad) State (Estado) Zip (Código postal)

Insurance Company Phone# (____) _____ Group # (Plan, local or Policy){# del grupo (# de plan, local o póliza)}: _____
(número de teléfono de la compañía de seguros)

Insured's Name (Nombre del asegurado): _____ Relation (Relación): _____

Insured's Birthdate (Fecha de nac. del asegurado): ____/____/____

Insured's ID# (#de Seguro Social): _____ Insured's Employer (Patrón del asegurado): _____

Employer's Address (Dirección del patrón): _____
(número de teléfono de la compañía de seguros) City (Cuidad) State (Estado) Zip (Código postal)

Secondary Insurance (Aseguranza secundaria)

Dental Coverage (¿Plan dental?): ☐ Yes (Si) ☐ No

Insurance Company Name (Compañía de seguros): _____

Insurance Company Address: _____
(Dirección de la compañía de seguros) City (Cuidad) State (Estado) Zip (Código postal)

Insurance Company Phone# (____) _____ Group # (Plan, local or Policy){# del grupo (# de plan, local o póliza)}: _____
(número de teléfono de la compañía de seguros)

Insured's Name (Nombre del asegurado): _____ Relation (Relación): _____

Insured's Birthdate (Fecha de nac. del asegurado): ____/____/____

Insured's ID# (#de Seguro Social): _____ Insured's Employer (Patrón del asegurado): _____

Employer's Address (Dirección del patrón): _____
(número de teléfono de la compañía de seguros) City (Cuidad) State (Estado) Zip (Código postal)

Neighbor or Relative not living with you (for emergency) {Amigo o pariente que no viva con Ud. (para emergencias)}

His / Her Name (Su Nombre): _____ Relationship (Relación): _____

Wk # (Tel. Trabajo): (____) _____ Ext: ____ Hm # (Tel.Casa): (____) _____

Address (Dirección): _____
City (Cuidad) State (Estado) Zip (Código postal)

Signature (Firma)

Date (Fecha)

**Payment is due in full at the time of treatment unless prior arrangements have been approved
(El pago debe hacerse en su totalidad al momento de recibir el tratamiento
a menos que se hayan hecho arreglos previos y éstos hayan sido aprobados con anterioridad.).**

If this office accepts my insurance, I understand that I am responsible for payment of services rendered and also responsible for paying any co-payment and deductibles that my insurance does not cover. I hereby authorize payment directly to the Dental Office of the group insurance benefits otherwise payable to me. I understand that I am responsible for all costs of dental treatment. I hereby authorize release of any information, including the diagnosis and records of treatment or examination rendered, to my insurance company.

(Si esta oficina acepta aseguranza, entiendo que soy responsable por el pago de los servicios recibidos así como por el pago de cualquier co-pago o deducible que mi aseguranza no cubra. Por este medio autorizo el pago directo a la oficina dental de los beneficios del grupo de aseguranza que de otro modo me serían pagados. Entiendo que soy responsable por todo el costo del tratamiento dental. Autorizo la entrega de cualquier información, incluyendo el diagnóstico y los expedientes de tratamiento o examen provistos, a mi compañía de seguros.)

(

MEDICAL HISTORY (HISTORIAL MÉDICO)

Do you have a personal physician? ☐ Yes (Si) ☐ No Physician's Name (Nombre del médico): _____
(¿Tiene Ud. un médico personal?):

Date of last visit: (Fecha de la última visita) _____ Phone # (Tel): (____) _____

Are you currently under the care of a physician? (Actualmente, ¿Está Ud. bajo atención médica?) ☐ Yes (Si) ☐ No

Please explain (Por favor, explique): _____

Your current physical health is (Su estado actual de salud es): ☐ Good (Bueno) ☐ Fair (Regular) ☐ Poor (Pobre)

Do you smoke or use tobacco in any other form? (¿Fuma Ud. o utiliza alguna forma de tabaco?) ☐ Yes (Si) ☐ No

Have you had any metal rods, pins or implants? (¿Le han puesto varillas de metal, tornillos o implantes?) ☐ Yes (Si) ☐ No

Are you taking any prescription / over-the-counter or herbal supplemental drugs? ☐ Yes (Si) ☐ No

(¿Está tomando alguna medicina con o sin receta?)

Please list each one (Haga una lista de cada una): _____

Have you ever taken Fosamax, or any other bisphosphonate? ☐ Yes (Si) ☐ No If so, when? _____

(¿Ha tomado algún medicamento de Bisfosfonato/Fosamax?)

(Si la ha tomado, ¿cuándo?):

Have you been told that you snore or hold your breath while sleeping or wake up gasping for breath? ☐ Yes (Si) ☐ No

(¿Le han dicho que ronca o contiene la respiración mientras duerme o se despierta sin aliento?)

For Women (Para Mujeres):

Are you using a prescribed method of birth control? (¿Toma Ud. pastillas anticonceptivas?) ☐ Yes (Si) ☐ No

Are you pregnant? (¿Está Ud. embarazada) ☐ Yes (Si) ☐ No Week (Semana) # _____ Are you nursing? (¿Está lactando?) ☐ Yes (Si) ☐ No

Have you ever had any of the following diseases or medical problems:

(¿Ha tenido Ud. algunas de las siguientes enfermedades o problemas médicos?)

Yes (Si) No Abnormal Bleeding (Sangrado anormal / Hemofilia)

Yes (Si) No ADD / ADHD (TDA / TDAH)

Yes (Si) No Alcohol (Alcohol)

Yes (Si) No Anemia (Anemia)

Yes (Si) No Arthritis (Artritis)

Yes (Si) No Artificial Bones/Joints /Valves (Huesos / coyunturas / válvulas artificiales)

Yes (Si) No Asthma (Asma)

Yes (Si) No Autism (Autismo)

Yes (Si) No Blood Transfusion (Transfusión de sangre)

Yes (Si) No Cancer/Chemotherapy (Cáncer / Quimioterapia)

Yes (Si) No Chicken Pox (Varicela)

Yes (Si) No Colitis (Colitis)

Yes (Si) No Congenital Heart Defect (Defecto congénito del corazón)

Yes (Si) No Convulsions (Convulsiones)

Yes (Si) No Diabetes (Diabetes)

Yes (Si) No Difficulty Breathing (Dificultad respiratoria)

Yes (Si) No Drug Abuse (abuso de drogas)

Yes (Si) No Emphysema (Enfisema)

Yes (Si) No Epilepsy (Epilepsia)

Yes (Si) No Fainting Spells (Desmayos)

Yes (Si) No Frequent Headaches (Dolores de cabeza frecuentes)

Yes (Si) No Glaucoma (Glaucoma)

Yes (Si) No Hay Fever (Fiebre del heno)

Yes (Si) No Heart Attack (Ataque cardíaco / cirugía)

Yes (Si) No Heart Murmur (Soplo del corazón)

Yes (Si) No Heart Surgery (Cirugía de corazón)

Yes (Si) No Hemophilia (Hemofilia)

Yes (Si) No Hepatitis (Hepatitis)

Yes (Si) No Herpes (Herpes)

Yes (Si) No Fever Blisters (Ampollas de fiebre)

Yes (Si) No Handicaps / Disabilities (Discapacidades)

Yes (Si) No Hearing Impairment (la discapacidad auditiva)

Yes (Si) No High Blood Pressure (Alta presión)

Yes (Si) No Hives (Urticaria)

Yes (Si) No HIV+ / AIDS (VIH/SIDA)

Yes (Si) No Hospitalized for Any Reason (Hospitalización)

Yes (Si) No Kidney Problems (Problemas de los riñones)

Yes (Si) No Liver Disease (Enfermedad del hígado)

Yes (Si) No Low Blood Pressure (Baja presión)

Yes (Si) No Lupus (Lupus)

Yes (Si) No Mitral Valve Prolapse (Prolapsia de la válvula mitral)

Yes (Si) No Osteoporosis / Paget's Disease (Marcapasos)

Yes (Si) No Pacemaker (Pacemaker)

Yes (Si) No Psychiatric Treatment (Problemas psiquiátricos)

Yes (Si) No Radiation Treatment (No Tratamiento de radiación)

Yes (Si) No Rheumatic / Scarlet Fever (Fiebre reumática / escarlata)

Yes (Si) No Seizures (Convulsiones)

Yes (Si) No Shingles (Varicelas adultas)

Yes (Si) No Sickle Cell Disease / Traits (Anemia de células falciformes)

Yes (Si) No Sinus Problems (Problemas de sinusitis)

Yes (Si) No Skin Rash (Erupción cutánea)

Yes (Si) No Stroke (Derrame cerebral)

Yes (Si) No Thyroid Problems (Problemas de la tiroide)

Yes (Si) No Tuberculosis (TB) (Tuberculosis)

Yes (Si) No Ulcers (Úlceras)

Yes (Si) No Venereal Disease (No Enfermedades venéreas)

Please list any serious medical condition(s) that you have ever had (Haga una lista de cualquier condición médica seria que tenga / haya tenido):

Are you allergic to any of the following? (¿Es Ud. alérgico a cualquiera de las siguientes cosas?)

Y (Si) No Aspirin (Aspirina)

Y (Si) No Erythromycin (Eritromicina)

Y (Si) No Tetracycline (Tetraciclina)

Y (Si) No Codeine (Codeína)

Y (Si) No Latex (Látex)

Y (Si) No Dental Anesthetics (Anestésicos dentales)

Y (Si) No Penicillin (Penicilina)

Y (Si) No Other (Otro)

Please list any other drugs/materials that you are allergic to (Haga una lista de cualquier otra medicina / material al que sea alérgico): _____

DENTAL HISTORY (HISTORIAL DENTAL)

Why have you come to the dentist today? (¿Por qué vino al dentista hoy?) _____

Do you require antibiotics before dental treatment? ☐ Yes (Si) ☐ No
(¿Requiere Ud. de antibióticos antes del tratamiento dental?)

Are you currently in pain? ☐ Yes (Si) ☐ No
(¿Sufre de dolor en este momento?)

Have you ever had a serious/difficult problem associated with any previous dental work? ☐ Yes (Si) ☐ No
(¿Ha tenido Ud. problemas serios / complicaciones asociadas con trabajos dentales previos?)

Do you have fears about going to the dentist? ☐ Yes (Si) ☐ No
(¿Tienes miedo de ir al (a la) dentista?)

Have you ever had gum treatment? ☐ Yes (Si) ☐ No
(¿Ha tenido tratamiento para las encías?)

Do you now or have you ever experienced pain / discomfort in your jaw joint (TMJ / TMD)? ☐ Yes (Si) ☐ No
(¿Ha sufrido Ud. alguna vez de sensibilidad en las coyunturas de la mandíbula (TMJ / TMD)?)

Your current dental health is (Su estado actual de salud es): ☐ Good (Bueno) ☐ Fair (Regular) ☐ Poor (Pobre)

Do you like your smile? ☐ Yes (Si) ☐ No
(¿Está contento con su sonrisa?)

Do your gums ever bleed? ☐ Yes (Si) ☐ No
(¿Alguna vez te sangran las encías?)

Tooth brush bristles? (cerdas de cepillo de dientes): ☐ Soft (Suaves) ☐ Medium (Medianas) ☐ Hard (Duras)

How many times a week do you floss? (¿Cuántas veces a la semana usas hilo dental?) _____
-a day do you brush? (¿al día te cepillas?) _____

How long do you use a toothbrush before replacing it? (¿Cuánto tiempo usa un cepillo de dientes antes de reemplazarlo?) _____

Are your teeth sensitive to heat, cold, or anything else? (¿Son sus dientes sensibles al calor, frío u otra cosa?) _____

Have you lost any teeth (¿Has perdido algún diente?)? ☐ Yes (Si) ☐ No

If Yes, why? (¿Si es así por qué?) _____

I understand that the information that I have given today is correct to the best of my knowledge. I also understand that this information will be held in the strictest confidence and it is my responsibility to inform this office of any changes in my medical status. I authorize the dental staff to perform any necessary dental services that I may need during diagnosis and treatment with my informed consent.

(Certifico que la información que he proporcionado es hasta donde yo sé correcta. También entiendo que esta información se mantendrá en la más estricta confidencialidad que es mi responsabilidad informarle a esta oficina de cualquier cambio en mi estadomédico. Autorizo al personal dental a llevar a cabo cualquier servicio dental que seanecesario durante el diagnóstico y tratamiento, con mi consentimiento.)

Signature (Firma)

Date (Fecha)