Welcome!

PATIENT INFORMATION

Name(Last)_____
(First)_____(Middle)_____
Social Security #_____
Driver's License #_____
Birth Date_____
Home Phone_____
Work Phone_____
Cell Phone_____
Address_____
City_____State_____Zip_____
Email_____

Parent/Guardian Information

Name(Last)_____(First)_____
Relationship to Patient_____
Phone_____

EMERGENCY CONTACT

Name_____
Relationship_____
Phone_____

EMPLOYMENT INFORMATION

Employer_____
Occupation_____
EmployerAddress_____
Employer Phone#_____

DENTAL INSURANCE

SubscriberName_____
Subscriber Social Security#_____
Subscriber Date Of Birth_____
Name Of Ins.Company_____
Group #_____ ID#_____
Phone#_____

ARE YOU COVERED BY ANOTHER PLAN? IF SO, PLEASE FILL OUT THE FOLLOWING SECTION

SubscriberName_____
Subscriber Social Security#_____
Subscriber Date Of Birth_____
Name Of Ins.Company_____
Group #_____ ID#_____
Phone#_____

DENTAL HISTORY

ReasonForToday'sVisit_____
Date OfLastDentalVisit_____
Date of last X-rays_____

Circle if you have had a problem with any of the following:

- ☐ Bad Breath
- ☐ Bleeding Gums
- ☐ Food Collection between teeth
- ☐ Grinding teeth
- ☐ Loose teeth
- ☐ Broken fillings
- ☐ Sensitivity to Colo/hot/sweet
- ☐ Clicking Jaws
- ☐ Sesitivity to biting
- ☐ Sores or Growth in your Mouth

Are you satisfied with your teeth and their apperance?

- ☐ Yes
- ☐ No

If no, how can we help improve their apperance?

_____

PLEASE CHECK ONE

How did you hear about our office?

- ☐ Banner
- ☐ Insurance
- ☐ Friend
- ☐ Relative
- ☐ Patient

Whom may we thank for reffering you_____

NOTICE OF PRIVACY AND DENTAL MATERIALS FACT SHEET

I acknowledge that a copy of Dental Materials Fact Sheet And Notice of Privacy Practices have been given to me.

Initial_____Date_____

X-RAYS AND EXAM

I understand that I will be receiving a dental examination from a state licensed dental practitioner. I undertand that wile x-rays are taken of my teeth that I will be exposed to a minimal amount of radiation as part of the necessary requirments to complete a through and comprehensive examination. I also understand that if I am pregnant radiation exposure posses a serious threat to the life and health of my unborn child. Pregnant women are required to have medical release from their Medical Doctor prior to x-rays and dental treatment

Initial_____

HEALTH HISTORY

Physician's Name_____ Date of last visit_____

Place a mark on 'Yes' or 'No' to indicate if you have had any of the following:

AIDS	☐ Yes ☐ No	Epilepsy	☐ Yes ☐ No	Psychiatric Care	☐ Yes ☐ No
Anemia	☐ Yes ☐ No	Fainting or dizziness	☐ Yes ☐ No	Radiation Treatment	☐ Yes ☐ No
Arthritis, Rheumatism	☐ Yes ☐ No	Glaucoma	☐ Yes ☐ No	Respiratory Disease	☐ Yes ☐ No
Artificial Heart Valves	☐ Yes ☐ No	Headaches	☐ Yes ☐ No	Rheumatic Fever	☐ Yes ☐ No
Artificial Joints	☐ Yes ☐ No	Heart Murmur	☐ Yes ☐ No	Scarlet Fever	☐ Yes ☐ No
Asthma	☐ Yes ☐ No	Heart Problems	☐ Yes ☐ No	Shortness of Breath	☐ Yes ☐ No
Back Problems	☐ Yes ☐ No	Hepatitis	☐ Yes ☐ No	Sinus Trouble	☐ Yes ☐ No
Bleeding Abnormally, with		Type _____		Skin Rash	☐ Yes ☐ No
extractions or surgery	☐ Yes ☐ No	Herpes	☐ Yes ☐ No	Special Diet	☐ Yes ☐ No
Blood Disease	☐ Yes ☐ No	High Blood Pressure	☐ Yes ☐ No	Stroke	☐ Yes ☐ No
Cancer	☐ Yes ☐ No	HIV Positive	☐ Yes ☐ No	Swelling of Feet or	
Chemical Dependency	☐ Yes ☐ No	Jaundice	☐ Yes ☐ No	Ankles	☐ Yes ☐ No
Chemotherapy	☐ Yes ☐ No	Jaw Pain	☐ Yes ☐ No	Swollen Neck Glands	☐ Yes ☐ No
Circulatory Problems	☐ Yes ☐ No	Kidney Disease	☐ Yes ☐ No	Thyroid Problems	☐ Yes ☐ No
Congenital Heart Lesions	☐ Yes ☐ No	Liver Disease	☐ Yes ☐ No	Tonsillitis	☐ Yes ☐ No
Cortisone Treatments	☐ Yes ☐ No	Low Blood Pressure	☐ Yes ☐ No	Tuberculosis	☐ Yes ☐ No
Cough, persistent or		Mitral Valve Prolapse	☐ Yes ☐ No	Tumor or growth on	
Bloody	☐ Yes ☐ No	Nervous Problems	☐ Yes ☐ No	head or neck	☐ Yes ☐ No
Diabetes	☐ Yes ☐ No	Pacemaker	☐ Yes ☐ No	Ulcer	☐ Yes ☐ No
Emphysema	☐ Yes ☐ No	Women:		Venereal Disease	☐ Yes ☐ No
Blood Thinner		Are you pregnant ?	☐ Yes ☐ No	Weight Loss,	☐ Yes ☐ No
medication like asprin?	☐ Yes ☐ No	Due date _____		unexplained	
		Are you nursing?	☐ Yes ☐ No	Previous Phen-Fen use?	☐ Yes ☐ No

MEDICATIONS

List medications you are currently taking:

_____

_____

_____

_____

ALLERGIES

☐ Aspirin
☐ Barbiturates
☐ Codeine
☐ Iodine
☐ Latex
☐ Local Anesthetic
☐ Penicillin
☐ Sulfa
☐ Other

_____

_____

Physician's Phone_____

I CERTIFY THAT THE ABOVE INFORMATION IS COMPLETE AND ACCURATE.

Date: _____ Signature: _____ Dr's initial: _____

Updates (To be filled in at future appointments)

Has there been any change in your health since your last dental appointment? ☐ Yes ☐ No

For what conditions?_____

Are you taking any new medications?_____ If so_____

Patient initial_____Date_____ Doctor's initial_____Date_____

Patient initial_____Date_____ Doctor's initial_____Date_____

Patient initial_____ Date_____ Doctor's initial_____Date_____

Patient initial_____Date_____ Doctor's Initial_____ Date_____

Bienvenido!

INFORMACION

Nombre(Apellido)_____
Nombre_____
Nombre(Segundo)_____
De Social_____
De Licencia_____
Dia de Nacimiento_____
De Telefono_____
De Trabajo_____
De Telefono Celular_____
Domicilio_____
Ciudad_____Stado_____Codigo Postal_____
Email_____

INFORMACION DE PADRE

Nombre(Apellido)_____
Nombre_____
Relacion al Paciente_____
De Telefono_____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre_____
Relacion al paciente_____
De Telefono_____

INFORMACION DE EMPLEADOR

Empleador_____
Profesion_____
Domicilio de Empleado_____
De Empleador_____

ASEGURANZA DENTAL

Nombre del Susriptor_____
De Social_____
Dia de Nacimiento_____
Nombre de Aseguranza_____
de Grupo_____
ID#_____
de Telefono_____

ESTA USTED CUBIERTO POR OTRA ASEGURANZA? EN CASO AFIRMATIVO POR FAVOR LLENE LA SIGUIENTE SECCION..

Nombre del Suscriptor_____
De Social_____
Dia De Nacimiento_____
Nombre De Aseguranza_____
de grupo_____
ID#_____
De Telefono_____

HISTORIA DENTAL

Razon de visita hoy_____
Fecha de ultima visita_____
Fecha de la ulitma Rayos X_____

Marque si usted a tenido un problema con los siguientes:

- ☐ Mal Aliento
- ☐ Sangran las Encias
- ☐ Coleccion de alimentos entre los dientes
- ☐ Rechinamiento de los dientes
- ☐ Dientes Flojos
- ☐ Empastes Rotos
- ☐ Sensibilidad al frio, calor, dulce
- ☐ Clic en las mandibulas
- ☐ Sensibilidad al Morder
- ☐ Llagas en la boca

Esta satisfecho con los dientes?

- ☐ Si
- ☐ No

Si, No como podemos mejorar su apariencia?

_____

POR FAVOR, MARQUE UNO

Como se entero acerca de nuestra oficina?

- ☐ Bandera
- ☐ Aseguranza
- ☐ Amigo
- ☐ Pariente
- ☐ Paciente

A quien le podemos agradecer por su reference_____

RADIOGRAFIAS Y EXAMENES

Yo entiendo que voy a recibir un examen dental de un dentista con licencia del estado. Entiendo que, si bien los rayos X se toman de mis dientes que serán expuestos a una cantidad mínima de radiación como parte de la REQUISITOS necesario para terminar un medio y un examen exhaustivo. También entiendo que si estoy embarazada exposición a la radiación posee una grave amenaza para la vida y la salud de mi hijo por nacer. Las mujeres embarazadas deben tener autorización médica de su Médico antes de que los rayos X y tratamiento dental.

Inicial_____

AVISO DE PRIVACIDAD Y MATERIALES DENTALES

Yo reconozco que una copia de la Hoja de Datos de Materiales Dentales y el Aviso de prácticas de privacidad se han dado a mí.

Inicial_____Fecha_____

HISTORIA DE SALUD

Nombre de Medico_____ Fecha de ultima visita_____

Marque "SI" o "NO" para indicar si usted ha tenido cualquiera del siguiente:

SIDA	☐ SI	☐ No	Epilepsia	☐ SI	☐ No	Atencion Physchiatric	☐ SI	☐ No
Anemia	☐ SI	☐ No	Desmayos o Mareos	☐ SI	☐ No	Tratamiento de Radiacion	☐ SI	☐ No
Artritis, Reumatismo	☐ SI	☐ No	Glaucoma	☐ SI	☐ No	Enfermedades Respiratorios	☐ SI	☐ No
Valvula de corazon artificial	☐ SI	☐ No	Dolores de cabeza	☐ SI	☐ No	Fiebre Reumatica	☐ SI	☐ No
Coyunturas artificial	☐ SI	☐ No	Soplo Cardiaco	☐ SI	☐ No	Escarlatina	☐ SI	☐ No
Asma	☐ SI	☐ No	Problemas de corazon	☐ SI	☐ No	Falta De Respiracion	☐ SI	☐ No
Problemas de espalda	☐ SI	☐ No	Hepatitis	☐ SI	☐ No	Problemas Sinus	☐ SI	☐ No
Sangrados anormal, con las			Tipo _____			Erupcion de la Piel	☐ SI	☐ No
Extracciones o cirugia	☐ SI	☐ No	Herpes	☐ SI	☐ No	Dieta Especial	☐ SI	☐ No
Enfermedad de la sangre	☐ SI	☐ No	Presion arterial alta	☐ SI	☐ No	Paro Cardiaco	☐ SI	☐ No
Cancer	☐ SI	☐ No	HIV Positivo	☐ SI	☐ No	Hinchazon de los pies o		
Dependencia quimica	☐ SI	☐ No	Ictericia	☐ SI	☐ No	los tobillos	☐ SI	☐ No
Quimioterapia	☐ SI	☐ No	Dolor en la Mandibula	☐ SI	☐ No	Glandulas del cuello	☐ SI	☐ No
Problemas circulatorios	☐ SI	☐ No	Enfermedad de Rinon	☐ SI	☐ No	Problemas de la tiroides	☐ SI	☐ No
Lesiones cardiacos congenitas	☐ SI	☐ No	Enfermedad del Higado	☐ SI	☐ No	Amigalitis	☐ SI	☐ No
Tratamientos de cortisona	☐ SI	☐ No	Presion arterial baja	☐ SI	☐ No	Tuberculosis	☐ SI	☐ No
Tos, persistente o con			Prolapso de la valvula mitral	☐ SI	☐ No	Crecimento del tumor en la		
Sangre	☐ SI	☐ No	Problemas de Nervios	☐ SI	☐ No	cabeza o cuello	☐ SI	☐ No
Diabetes	☐ SI	☐ No	Marcapasos	☐ SI	☐ No	Ulcera	☐ SI	☐ No
Enfisema	☐ SI	☐ No	Mujeres:			Enfermedades Venereas	☐ SI	☐ No
Medicacion diluyente de la			Esta embarazada ?	☐ SI	☐ No	Perdida de peso	☐ SI	☐ No
Sangre con la aspirina?	☐ SI	☐ No	Fecha de nacimiento _____			inexpilcado		
			Esta en periodo lactancia?	☐ SI	☐ No	Uso Anterior de Phen-fen	☐ SI	☐ No

MEDICINA

Medicina que esta tomando:

_____

_____

_____

_____

ALERGIAS

☐ Aspirin a
☐ Barbituricos
☐ Codeina
☐ Yodo
☐ Latex
☐ Anestesia local
☐ Penicillina
☐ Sulfa
☐ Otro

_____

_____

Numero de Medico_____

CERTIFICO QUE LA INFORMACION ANTERIOR ES COMPLETA Y EXACTA

Fecha: _____ Firma: _____ Dr's initial: _____

Updates (Llenarse en citas futras)

Ha habido algun Cambio en su salud desde su ultima cita? ☐ Yes ☐ No

Cuales son las condiciones?_____

Esta tomando alguna medicina diferente?_____ Si SI, Cual_____

Iniciales_____Fecha_____ Doctor's initial_____Date_____

Iniciales_____Fecha_____ Doctor's initial_____Date_____

Iniciales_____Fecha_____ Doctor's initial_____Date_____