

Patient Information

Today's date _____
First Name _____ Middle Initial _____ Last Name _____
I prefer to be called (nickname, etc.) _____ Male Female
Address _____ City _____ State _____ ZIP _____
Date of birth _____ Social Security # _____
Home phone _____ Work phone _____ Cell phone _____
Primary contact number (please check one) Home Work Cell Best time to call _____
Fax (____) _____ E-mail _____ Driver's License # _____
Employer _____ Occupation _____
Spouse's Name _____ Spouse's employer _____
Whom may we thank for referring you? _____

Dental History

My main dental concern is _____
Are you currently in pain? YES NO
If so, please describe: _____
Do you have any dental problems now? YES NO
If so, please describe: _____
Have you ever had trouble with previous dental treatment? YES NO
If so, please describe: _____
Level of anxiety about seeing the dentist (least) 1 2 3 4 5 (most) _____
Date of last dental exam _____
City _____
Why are you changing dentist? _____
How often do you have dental examinations? _____ How often do you brush your teeth? _____
How often do you floss? _____ What type of bristles do you use? Hard Medium Soft
What other dental aids do you use? (Electric toothbrush, toothpick, etc.) _____

OFFICE USE ONLY

RECALL PATIENTS ONLY

I certify that I have reviewed the documents medical history and list of medications, and I have indicated any changes. I acknowledge that my questions, if any, about any items listed above have been answered to my satisfaction. I will not hold the dentist or any member of the staff responsible for any errors or omissions that I may have made in the completion of this form.

Date: _____ Patient/guardian signature: _____
Date: _____ Patient/guardian signature: _____
Date: _____ Patient/guardian signature: _____
Date: _____ Patient/guardian signature: _____

Medical History

Do you have or have you had any of the following diseases or problems?	YES	NO	Notes
Rheumatic heart disease	YES	NO	
Heart trouble, heart attack or heart surgery	YES	NO	
Chest pain or angina	YES	NO	
Irregular heart beat	YES	NO	
Cardiac pacemaker	YES	NO	
Artificial Bones/Joints	YES	NO	
High or Low blood pressure	YES	NO	
Stroke	YES	NO	
Diabetes	YES	NO	
Hepatitis, jaundice, liver or kidney disease	YES	NO	
Frequent or recurring mouth sores	YES	NO	
Thyroid problems	YES	NO	
Respiratory problems, emphysema, or bronchitis	YES	NO	
Arthritis or painful, swollen joints including the jaw joint (TMJ)	YES	NO	
Stomach ulcer or hyperacidity	YES	NO	
Kidney problems or dialysis	YES	NO	
Damaged heart valves, artificial valves or heart murmur, mitral valve prolapse	YES	NO	
Have you taken Phen-fen or other diet medications?	YES	NO	
Have you taken Bisphosphonate therapy (Aredia, Zometa, Fosamax, Boniva or other)?	YES	NO	
Do you take ASPRIN daily?	YES	NO	
Tuberculosis	YES	NO	
Persistent swollen neck glands	YES	NO	
Epilepsy, seizures, or neurological disorders	YES	NO	
Cancer	YES	NO	
Radiation therapy or chemotherapy	YES	NO	
Has any disease, drug, or surgery depressed your immune system?	YES	NO	
Abnormal bleeding, anemia, hemophilia or blood disorder	YES	NO	
Do you smoke?	YES	NO	
Drug or alcohol abuse	YES	NO	
Eye disease or glaucoma	YES	NO	
AIDS/HIV	YES	NO	
Allergies or Hives	YES	NO	
Anemia	YES	NO	
Arthritis/Rheumatism	YES	NO	
Neurological Disorders	YES	NO	
Psychological care	YES	NO	
Shingles/Chicken pox	YES	NO	
Snoring/sleep apnea	YES	NO	
Venereal Disease/STD	YES	NO	
Do you use tobacco?	YES	NO	
Are you aware of having an allergic (or adverse) reaction to any of the following			
Codeine	YES	NO	
Anesthetics (i.e. Novocaine)	YES	NO	
Erythromycin	YES	NO	
Iodine	YES	NO	
Jewelry/Metals or Latex	YES	NO	
Tetracycline	YES	NO	
Penicillin or other antibiotics	YES	NO	
Asprin	YES	NO	
Sulfa Drugs	YES	NO	
FOR WOMAN ONLY			
Are you pregnant or think you may be pregnant?	YES	NO	
Are you taking birth control pills?	YES	NO	
Are you nursing?	YES	NO	

Payment is due in full at the time of treatment

(Unless prior arrangements have been approved)

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 hereby authorize release of any information, including the diagnosis and records of treatment or examination rendered, to my insurance company.

I understand the above information is necessary to provide me with dental care in a safe and efficient manner. I have answered all questions to the best of my knowledge. Should further information be needed, you have my permission to ask the respective healthcare provider or agency that may release such information to you. I will notify the dentist of any changes in my health or medication.

Our mission is to deliver the finest and most cost effective dental care available today. Following diagnosis the doctor will discuss with you our plan for your treatment. We will also discuss the cost of today's and future treatment. Sometimes your dental plan may not cover the entire cost of your treatment because we are not a preferred provider for any insurance, however we do offer several alternative payment options for your convenience.

Please indicate below the payment option you wish:

- Cash or Check
 American Express, Master Card or Visa
 Care Credit (Payment Option)

If you have insurance we will bill your insurance directly, as a courtesy to you. If you are ineligible for insurance benefits when services are rendered, you will be responsible for any charges incurred. The fees quoted are estimates only. **If your insurance pays less than estimated, you will be responsible for any difference.**

** Please note that if any courtesy discount is applied to your account, and account goes into delinquency, all discounts will be removed and you will be responsible for the entire balance on your account.

Please be aware that we do charge \$25 for broken appointments. If you cannot make your appointment we need 24 hours' notice, so we can offer this appointment to another patient.

Once again thank you for selecting our dental healthcare team! We will strive to provide you with the best care.

Signature _____ Date _____

Person to contact in case of emergency

Name _____ Relationship _____

City _____ State _____ Cell phone _____

Home Phone _____ Work Phone _____

OFFICE USE ONLY

I VERBALLY REVIEWED THE MEDICAL/DENTAL INFORMATION ABOVE THE PATIENT NAMED HERE IN

Date _____ Initial _____

Información del paciente

Fecha _____
Primer Nombre _____ Media Inicial _____ Apellido _____
Yo prefiero ser llamado (apodo, etc.) _____ Hombre Mujer
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ ZIP _____
Fecha de Nacimiento _____ Numero de Seguro Social _____
Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____ Teléfono celular _____
Número de contacto primario (por favor marque uno) casa trabajo Celular
Fax () _____ Numero de licencia _____ Correo electrónico _____
Empleador _____ Ocupación _____
Nombre de cónyuge _____ Numero Teléfono de cónyuge _____
¿A quien le podemos agradecer la referencia?

Historia dental

¿Mi principal preocupación dental es _____
¿Está en el dolor? SI NO
Así que, por favor, describa _____
¿Tienes algún problema dental ahora? YES NO
Así que, por favor, describa _____
¿Has tenido problemas con un tratamiento dental previo? YES NO
Así que, por favor, describa: _____
Nivel de ansiedad por ver al dentista (al menos) 1 2 3 4 5 (la mayoría)
Última visita dental _____
Ciudad _____
¿Por qué estás cambiando dentista? _____
¿Cuántas veces tienes examen dental? _____? Con qué frecuencia se cepillo los dientes _____
¿Con qué frecuencia usar hilo dental? _____ ¿Qué tipo de cepillo usa? Duro media suave
¿Qué otras ayudas dentales usas? (Cepillo de dientes eléctrico, palillo, etc.) _____

USO DE OFICINA SOLAMENTE

*** ÚNICAMENTE PARA PACIENTES QUE AN VENIDO ANTERIOR ***

Certifico que he revisado el historial médico de documentos y lista de medicamentos, y he indicado ningún cambio. Reconozco que mis preguntas, si alguno, sobre los elementos mencionados anteriormente han sido contestada a mi satisfacción .yo no celebrará el dentista o a cualquier miembro del personal responsable de los errores u omisiones que pude haber hecho en la cumplimentación del presente formulario.

Fecha: _____ Firma del paciente/tutor _____
Fecha: _____ Firma del paciente/ tutor _____
Fecha: _____ Firma del paciente/tutor _____
Fecha: _____ Firma del paciente/tutor _____

Historial médico

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas?			NOTAS
Embolio/apoplejia	SI	NO	
¿Ha tomado usted Phen-fen u otros medicamentos para la dieta?	SI	NO	
¿Ha tomado usted tratamiento con bifosfonatos (aredia, zometa, fosamax, boniva u otros)?	SI	NO	
¿Toma usted ASPIRINA diariamente?	SI	NO	
Atención psicológica	SI	NO	
Presion alta	SI	NO	
Presion baja	SI	NO	
Ataque Cardico	SI	NO	
Fiebre reumatica	SI	NO	
Desmayo/ataques	SI	NO	
Asma	SI	NO	
Epilepsia/convulsions	SI	NO	
Leucemia	SI	NO	
Diabetes	SI	NO	
Enfermedad del rinon	SI	NO	
SIDA o infeccion por HIV	SI	NO	
Enfermedad del tiroides	SI	NO	
Enfermedad cardiaca	SI	NO	
Marcapaso cardiaco	SI	NO	
Murmullos en el Corazon	SI	NO	
Angina	SI	NO	
Cansado con frecuencia	SI	NO	
Anemia	SI	NO	
Enfisema	SI	NO	
Cancer	SI	NO	
Artritis	SI	NO	
Articulacion artificial de metal o plastico	SI	NO	
Hepatitis/Ictericia	SI	NO	
Enfermedad venerea	SI	NO	
Problemas del estomago/ulceras	SI	NO	
Dolor del pecho	SI	NO	
Ataque de paralisis	SI	NO	
Tuberculosis	SI	NO	
Terapia de radiacion	SI	NO	
Glaucoma	SI	NO	
Reciente perdida de peso	SI	NO	
Enfermedad de higado	SI	NO	
Problemas cardiacos	SI	NO	
Problemas respiratorios	SI	NO	
Prolapso de valvula mitral	SI	NO	
Es usted alergico a lo siguiente?	SI	NO	
La codeína	SI	NO	
Anestherics(es decir Novocaína)	SI	NO	
Eritromicina	SI	NO	
Yodo	SI	NO	
joyas, metales o de látex	SI	NO	
Tetraciclina	SI	NO	
La penicilina u otros antibióticos	SI	NO	
Aspirina	SI	NO	
Las sulfas	SI	NO	
PARA MUJERES SOLAMENTE	SI	NO	
¿Está embarazada o cree que puede estar embarazada?	SI	NO	
¿Está tomando las píldoras para el control de la natalidad?	SI	NO	
¿Esta dando pecho?	SI	NO	

Pago es debido en complete en el momento del tratamiento
(A menos que arreglos previos han sido aprobados)

Estoy de acuerdo que soy responsable por el pago de servicios prestados y tambien responsables de pagar cualquier co-pagos y deductibles que mi seguro no cubre. Autorizo pago directamente a la oficina dental de los beneficios de seguro de grupo lo contrario pagaderos a mi.

Yo autorizo la publicacion de cualquier información, incluyendo el diagnostico y tratamiento o examen rendido, a mi compania de seguros.

Estoy de acuerdo que la información anterior es necesaria para cuidado dental. He respondido todas las preguntas lo mejor de mi pensamiento. Sea necesario para obtener mas información, usted tiene mi permiso para pedir el respectivo proveedor de atención médica o la agencia que puede darle dicha información Notificare al dentista de cualquier cambio en mi salud o medicamentos.

Nuestra mission es entregar el cuidado mas fino y disponible hoy. Tras el diagnóstico medico discutira con usted nuestro plan para su tratamiento. También discutiremos el costo actual y futuro del tratamiento. A Veces su plan dental que muchas no cubren el costo total de su tratamiento porque no somos un proveedor preferido para cualquier seguro, sin embargo, nosotros ofrecemos varias opciones de pago alternative para su conveniencia.

Porfavor indique a continuación la opción de pago que desea:

- Efectivo o Cheque
 American Express, Master Card o Visa
 Credito (de pago)

Si usted tiene seguro mandamos cobrar directamente el seguro, como una cortesia hacia usted. Si usted no es elegible para beneficios de seguro cuando se prestan los servicios, usted sera responsable por cualquier cargo incurrido. Los cargos citados son solo aproximadas. **Si su seguro paga menos de lo estimado, usted sera responsable por cualquier diferencia.**

Porfavor, tenga en cuenta que si algun descuento de cortesia es aplicado a su cuenta y si entra en la delincuencia, se eliminaran todos los descuentos y usted sera responsable de todo el saldo en su cuenta.

Tenga en cuenta que nosotros cobramos \$25 por citas rotas. Si no puedes hacer su cita porfavor nos habla 24 horas antes, así que podemos ofrecer esta cita a otro paciente.

Una vez muchas gracias por seleccionar nuestro equipo professional de la salud dental. Nos esforzaremos para proporcionarle la mayor atención .

Firma _____ Fecha _____

Persona que podemos contactar en caso de emergencia

Nombre _____ Relacion _____

Ciudad _____ Estado _____ Numero de celular _____

Numero de casa _____ Numero de trabajo _____

USO DE OFICINA SOLAMENTE

He revisado verbalmente la informacion medica/dental sobre el paciente nombrado adjunto.

Fecha _____ Initial _____