

Welcome

We are pleased to welcome you to our practice.
Please take a few minutes to fill out this form as completely as you can. If you have questions we'll be glad to help you. We look forward to working with you in maintaining your dental health.

Patient Information

Date _____ Home Phone (____) _____ Cell Phone (____) _____

Name _____ SS/HIC/Patient ID # _____
Last Name First Name Middle Initial

Address _____ E-mail _____

City _____ State _____ Zip _____

Sex M F Age _____ Birthdate _____
 Married Widowed Single Minor
 Separated Divorced Partnered for _____ years

Patient Employer/School _____ Occupation _____

Employer/School Address _____ Employer/School Phone (____) _____

Whom may we thank for referring you? _____

In case of emergency who should be notified? _____ Phone (____) _____

Primary Insurance

Person Responsible for Account _____
Last Name First Name Middle Initial

Relation to Patient _____ Birthdate _____ Soc. Sec. # _____

Address (If different from patient's) _____ Phone (____) _____

City _____ State _____ Zip _____

Person Responsible Employed by _____ Occupation _____

Business Address _____ Business Phone (____) _____

Insurance Company _____

Contract # _____ Group # _____ Subscriber # _____

Names of other dependents covered under this plan _____

Additional Insurance

Is patient covered by additional insurance? Yes No

Subscriber Name _____ Birthdate _____ Relation to Patient _____

Address (If different from patient's) _____ Phone (____) _____

City _____ State _____ Zip _____

Subscriber Employed by _____ Business Phone (____) _____

Insurance Company _____ Soc. Sec. # _____

Contract # _____ Group # _____ Subscriber # _____

Names of other dependents covered under this plan _____

Dental History

Reason for Today's Visit _____ Date of last dental care _____

Former Dentist _____ Date of last dental X-rays _____

Address _____

Check (✓) if you have had problems with any of the following:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bad breath | <input type="checkbox"/> Grinding teeth | <input type="checkbox"/> Sensitivity to hot |
| <input type="checkbox"/> Bleeding gums | <input type="checkbox"/> Loose teeth or broken fillings | <input type="checkbox"/> Sensitivity to sweets |
| <input type="checkbox"/> Clicking or popping jaw | <input type="checkbox"/> Periodontal treatment | <input type="checkbox"/> Sensitivity when biting |
| <input type="checkbox"/> Food collection between teeth | <input type="checkbox"/> Sensitivity to cold | <input type="checkbox"/> Sores or growths in your mouth |

How often do you floss? _____ How often do you brush? _____

Medical History

Physician's Name _____ Date of Last Visit _____

Have you ever taken any of the group of drugs collectively referred to as "fen-phen?" These include combinations of Ionimin, Adipex, Fastin (brand names of phentermine), Pondimin (fenfluramine) and Redux (dexfenfluramine). Yes No

Have you had any serious illnesses or operations? Yes No If yes, describe _____

Have you ever had a blood transfusion? Yes No If yes, give approximate dates _____

(Women) Are you pregnant? Yes No Nursing? Yes No Taking birth control pills? Yes No

Check (✓) if you have or have had any of the following:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Cortisone Treatments | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Scarlet Fever |
| <input type="checkbox"/> Arthritis, Rheumatism | <input type="checkbox"/> Cough, Persistent | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure | <input type="checkbox"/> Shortness of Breath |
| <input type="checkbox"/> Artificial Heart Valves | <input type="checkbox"/> Cough up Blood | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> Skin Rash |
| <input type="checkbox"/> Artificial Joints | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Jaw Pain | <input type="checkbox"/> Stroke |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Epilepsy | <input type="checkbox"/> Kidney Disease | <input type="checkbox"/> Swelling of Feet or Ankles |
| <input type="checkbox"/> Back Problems | <input type="checkbox"/> Fainting | <input type="checkbox"/> Liver Disease | <input type="checkbox"/> Thyroid Problems |
| <input type="checkbox"/> Blood Disease | <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Mitral Valve Prolapse | <input type="checkbox"/> Tobacco Habit |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Headaches | <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Tonsillitis |
| <input type="checkbox"/> Chemical Dependency | <input type="checkbox"/> Heart Murmur | <input type="checkbox"/> Radiation Treatment | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Chemotherapy | <input type="checkbox"/> Heart Problems | <input type="checkbox"/> Respiratory Disease | <input type="checkbox"/> Ulcer |
| <input type="checkbox"/> Circulatory Problems | <input type="checkbox"/> Hemophilia | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever | <input type="checkbox"/> Venereal Disease |

MEDICATIONS

List medications you are currently taking:

ALLERGIES

Authorization

I certify that I, and/or my dependent(s), have insurance coverage with _____ and assign directly to _____
Name of Insurance Company(ies)

Dr. _____ all insurance benefits, if any, otherwise payable to me for services rendered. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by insurance. I authorize the use of my signature on all insurance submissions.

The above-named dentist may use my health care information and may disclose such information to the above-named Insurance Company(ies) and their agents for the purpose of obtaining payment for services and determining insurance benefits or the benefits payable for related services. This consent will end when my current treatment plan is completed or one year from the date signed below.

Signature of Patient, Parent, Guardian or Personal Representative

Date

Please print name of Patient, Parent, Guardian or Personal Representative

Relationship to Patient

Payment is due in full at time of treatment unless prior arrangements have been approved.

REGISTRO DEL PACIENTE E HISTORIA CLÍNICA

Fecha _____ (POR FAVOR, ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA) Teléfono Particular (_____)

Paciente _____
Apellido Primer Nombre Inicial Nombre Preferido

Dirección - Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Dirección de Correo Electrónico _____

Sexo: M F Edad _____ Fecha de Nacimiento _____
 Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Separado(a) Divorciado(a)

Empleado(a) por _____ Ocupación _____

Dirección del Empleador _____ Teléfono del Empleador (_____)

Nombre del Cónyuge/Padre o Madre _____ Fecha de Nacimiento del Cónyuge/Padre o Madre _____

Cónyuge/Padre o Madre Empleado por _____ Ocupación _____

Dirección del Empleador _____ Teléfono del Empleador (_____)

¿Quién es responsable por esta cuenta? _____ Relación con el Paciente _____

No. de Seguro Social _____ No. de Seguro Social del Cónyuge/Padre o Madre _____

Nombre de la Compañía del Seguro Dental _____ Grupo Número _____

En caso de emergencia, ¿a quién se deberá notificar? _____ Teléfono (_____)

¿A quién podemos agradecer por habernos referido a Ud.? _____

HISTORIA CLÍNICA

Nombre del Médico _____ Fecha del Último Examen Físico _____

¿Ha tenido Ud. alguna vez algo de lo siguiente? (marque las casillas que correspondan):

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón
<input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Alta
<input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Baja
<input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios
<input type="checkbox"/> Problemas Nerviosos
<input type="checkbox"/> Radioterapia
<input type="checkbox"/> Articulaciones o Válvulas del Corazón Artificiales
<input type="checkbox"/> Reciente Pérdida de Peso
<input type="checkbox"/> Problemas de la Espalda
<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias | <input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza
<input type="checkbox"/> Hepatitis, Ictericia o Enfermedad del Hígado
<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Tratamiento Siquiátrico
<input type="checkbox"/> Diarrea Crónica
<input type="checkbox"/> Alergias a Anestésias
<input type="checkbox"/> Alergias a Medicinas o Drogas
<input type="checkbox"/> Alergias Generales
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre
<input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Dieta Especial
<input type="checkbox"/> Glándulas del Cuello Hinchadas
<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> Problemas de la Sinus
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA u Otros
Trastornos Inmunosupresores
<input type="checkbox"/> Embolia Cerebral
<input type="checkbox"/> Úlcera
<input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas
<input type="checkbox"/> Droga adicción
<input type="checkbox"/> Hemofilia |
|---|--|--|

¿Tiene Ud. alguna alergia a medicamentos, o ha tenido Ud. alguna vez una reacción adversa a algún medicamento? _____

Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué? _____

¿Ha reaccionado Ud. alguna vez adversamente a un tratamiento médico o dental? _____

¿Está tomando Ud. actualmente algún medicamento? _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? _____

¿Ha tomado Ud. alguna vez algún medicamento del grupo al que se le conoce como "fenfen" (fenphen, en inglés). Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres de marcas de fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina). Sí No

¿Está Ud. bajo el cuidado de un médico? Sí No ¿Por el tratamiento de qué condiciones? _____

Si el paciente es un niño, ¿cuánto pesa el niño? _____

(Mujeres) ¿Sospecha Ud. que está embarazada? Sí No ¿Está Ud. amamantando a un bebé? Sí No

¿Hay alguna otra cosa que nosotros debiéramos saber sobre su historia clínica? _____

La información de arriba es correcta y completa, a mi leal saber y entender, y se proporciona con el único objeto de que se use en mi tratamiento, para facturación, y para procesamiento ante el seguro de los beneficios a los que tengo derecho. Yo no haré responsable a mi dentista ni a ningún integrante de su personal por errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

Fecha _____ Firma _____

(SIGUE AL DORSO)

TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, el suscrito, tengo seguro con _____

Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

y traspaso directamente al Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera son pagaderos a mí por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, ya sea que son pagados por el seguro o no. Por el presente yo autorizo al doctor a divulgar toda la información que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro, ya sea que son hechas manualmente o electrónicamente.

Fecha

Firma

CONSENTIMIENTO SOBRE MENOR/NIÑO

Yo, siendo el padre o tutor de _____

Nombre del menor/niño

por el presente

solicito del y autorizo al personal dental que preste los servicios dentales necesarios para mi niño, incluyendo pero no limitados a, radiografías y la administración de anestesia, que sean considerados aconsejables por el doctor, sea que yo esté presente o no en la cita dental cuando el tratamiento se lleve a cabo.

Fecha

Firma del Asegurado/Tutor

ACUERDO FINANCIERO

Yo acepto que el pago de los servicios dentales se vence cuando se realiza el tratamiento, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Yo estoy de acuerdo en que los padres o los tutores son responsables por todos los honorarios y servicios prestados para el tratamiento de un menor/niño. Yo acepto responsabilidad financiera total por todos los cargos no cubiertos por el seguro.

Fecha

Firma del Asegurado/Tutor

ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

¿Ha ocurrido algún cambio en su salud desde su última cita dental? Sí No

¿Para qué condiciones? _____

¿Está tomando Ud. algún medicamento nuevo? _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? _____

Fecha

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Dentista

ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

¿Ha ocurrido algún cambio en su salud desde su última cita dental? Sí No

¿Para qué condiciones? _____

¿Está tomando Ud. algún medicamento nuevo? _____ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? _____

Fecha

Firma del Paciente

Fecha

Firma del Dentista