

PATIENT HEALTH HISTORY FORM/HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

Today's Date (*Fecha de hoy*): ____ / ____ / ____

Last Name (*Apellido*) First Name (*Primer Nombre*) Middle Initial (*Inicial*) SSN (*Seguro Social*)

Date of Birth (*Fecha de Nacimiento*) Sex (*Sexo*) Height (*Altura*) Weight (*Peso*) Marital Status (*Estado Matrimonial*)

Address (*Dirección*) City/Ciudad State(Estado) Zip Code (*Código Postal*) E-mail (*Correo Electrónico*)

Home Phone (*Teléfono de la Casa*) Cell Phone (*Celular*) Work Phone (*Teléfono del Trabajo*) Yes (Si) / No
Can we Txt you (Podemos textear)

Occupation (*Ocupación*) Place of Employment (*Lugar de Empleo*) Driver's License (# de Licencia)

Spouse's Name (*Nombre del Esposo/a*) Spouse's Employer (Trabajo del Esposo/a) Spouse's Work Phone (*Teléfono del Trabajo del Esposo/a*)

Dental Insurance (*Seguro Dental*) Group # (*Numero de Grupo del Seguro*) Subscriber's Name (*Nombre del Asegurado*)

Subscriber's Employer (*Trabajo del Asegurado*) Subscriber's Date of Birth and SSN (*Fecha de Nacimiento y Seguro Social del Asegurado*)

Name of Physician (*Nombre de su Médico*) Physician's Phone (*Teléfono de su Médico*)

Emergency Contact Name (*Nombre de Contacto en Caso de Emergencia*) Emergency Contact Phone (*Teléfono del Contacto*)

How did you find out about our office? (Cómo supo de nuestra oficina?) _____

MEDICAL HISTORY/HISTORIAL MÉDICO

Have you ever been treated for (please check all that apply)? *Ha estado bajo tratamiento por (por favor marque lo que aplique)?*

Yes	No	Condition	Yes	No	Condition
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Attack (<i>Ataque al Corazón</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes/Fever Blisters (<i>Herpes/Herpes Labial</i>)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Murmur (<i>Soplo Cardíaco</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seizures (<i>Convulsiones</i>)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pacemaker (<i>Marcapaso</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis (<i>Hepatitis</i>)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mitral Valve Prolapse (<i>Pralapso de la Válvula Mitral</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abnormal Blood Pressure (<i>Presión Sanguínea Alta o Baja</i>)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fainting Spells (<i>Desmayos</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jaundice (<i>Ictericia</i>)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsions (<i>Convulsiones</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kidney Disease (<i>Enfermedad de los Riñones</i>)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsy (<i>Epilepsia</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthritis (<i>Artritis</i>)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma (<i>Glaucoma</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulcers (<i>Úlceras</i>)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirrosis (<i>Cirrosis</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Type I (<i>Diabetes Tipo I</i>)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rheumatic Fever (<i>Fiebre Reumática</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Type II (<i>Diabetes Tipo II</i>)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T.B. (<i>Tuberculosis</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia (<i>Anemia</i>)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emphysema (<i>Enfisema</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV/AIDS (<i>Sida</i>)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronchitis (<i>Bronquitis</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leukemia (<i>Leucemia</i>)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma (<i>Asma</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolonged Bleeding (<i>Sangrado Prolongado</i>)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artificial Joints/Valves (<i>Articulaciones o Válvulas Artificiales</i>)			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stroke (<i>Derrame Cerebral</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other (<i>Otro</i>) _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer/Chemotherapy (<i>Cáncer/Quimioterapia</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other (<i>Otro</i>) _____

Are you allergic to?

Yes	No	Condition	Yes	No	Condition
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(<i>Es usted alérgico/a a?</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penicillin (<i>Penicilina</i>)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirin (<i>Aspirina</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Local injected anesthetics (<i>Anestesia Local</i>)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Codeine (<i>Codeína</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Latex (<i>Látex</i>)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other (<i>Otro</i>) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Other (<i>Otro</i>) _____

Are you pregnant? (*Está embarazada?*) Yes (Si) No (No) Months (*Meses*) _____

Are you taking any blood thinners such as Plavix, Coumadin, or Heparin? (*Esta usted tomando medicinas anti-coagulantes como Plavix, Coumadin, o Heparin?*) Yes (Si) No (No)

List all current medications (*Liste las medicinas que está tomando actualmente*): _____

Is there anything of importance in your medical history that has not been asked? (*Hay algo que quisiera añadir que no se ha preguntado sobre su historial médico?*) _____

DENTAL HEALTH/SALUD DENTAL

Please answer all of the following questions (*Por favor conteste todas las siguientes preguntas*):

- Reason for your visit (*Razón de su visita*) _____
- When was your last dental visit (*Cuándo fue su último examen dental*)? _____
- Have you ever had any serious complications associated with a previous dental treatment? Explain. (*Ha tenido algún problema serio relacionado a algún tratamiento dental previo? Explique.*)

- How often do you brush? (*Con qué frecuencia se cepilla los dientes?*) _____
- How often do you floss? (*Con qué frecuencia usa el hilo dental?*) _____
- What texture toothbrush do you use? (*Qué textura de cepillo usa?*)
Soft (*Suave*) Medium (*Mediano*) Hard (*Duro*) Nylon (*Natural*)
- Do your gums bleed when (*Sangran sus encías al*) Brushing (*Cepillarse*) Flossing (*Pasar el hilo dental*)
- Do you feel discomfort when your teeth come in contact with liquids or foods that are hot, cold, sour or sweet? (*Siente sensación de dolor cuando sus dientes entran en contacto con líquidos o comidas que están calientes, frías, agrias, o dulces?*)
9. Yes (*Si*) No (*No*) Explain (*Explique*) _____
- Do you have dentures, fillings, missing teeth or loose teeth? (*Usted tiene dientes postizos, empastes, le faltan dientes o tiene dientes flojos?*) Yes (*Si*) No (*No*) Explain (*Explique*) _____
- _____
- Do your gums feel tender or swollen? (*Sus encías se sienten sensibles o inflamadas?*) Yes (*Si*) No (*No*)
- Do you gag easily? (*Tiene tendencia a asquear fácilmente?*) Yes (*Si*) No (*No*)
- Do you clench or grind your jaw? (*Tiende a apretar o rechinar sus dientes?*) Yes (*Si*) No (*No*)

Consent for Treatment/Permiso para Tratamiento

This is to certify that I, the undersigned, consent to the performing of dental and oral surgical procedures agreed to be necessary or advisable, including local anesthetic, as indicated. I will assume responsibility for fees associated with dental procedures I agree to. *Certifico que yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para que se me atienda con cualquier procedimiento dental o de cirugía que sea necesario o que se me aconseje como necesario, incluyendo el uso de anestesia local. Yo asumiré responsabilidad por cualquier cargo que esté relacionado con este tratamiento dental que yo he acordado.*

Patient's Signature (*Firma del Paciente*) Date (*Fecha*)

Doctor's Signature (*Firma del medico*) Date (*Fecha*)

Acknowledgement of receipt of: NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

NOTICE TO PATIENT (*Aviso al paciente*):

We are required to provide you with a copy of our Notice of Privacy Practices, which states how we may use and/ or disclose your health information. Please sign this form to acknowledge receipt of the notice. You may refuse to sign this acknowledgement if you wish. (*Estamos obligados a proporcionarle una copia de nuestro aviso de prácticas de privacidad, que establece cómo podemos utilizar y / o divulgar su información médica. Por favor firme este formulario para acusar recibo de la notificación. Usted puede negarse a firmar este reconocimiento si lo desea*)

I (*yo*), _____ (your name, *Te llamas*) _____, acknowledge that I have received a copy of this office's Notice of Privacy Practices. (*Reconozco que he recibido una copia del aviso de prácticas de privacidad de esta Oficina.*)

Patient's Signature (*Firma del Paciente*) Date (*Fecha*)

Appointment booking and Cancellation fees and X-Ray Transfer Fees

It is required to deposit \$25 to book an appointment which will be used towards your treatment. If you need to cancel an appointment, please call at least 48 hours prior to your appointment. Cancellations made within the 48 hours preceding your appointment time are considered "late" and will incur \$25 for each late cancellation or missed appointment. We will charge \$20 for the efforts required to transfer the x-ray images by email to any other medical facility.

Se requiere un deposito de \$25 para reservar una cita que se utilize para su tratamiento. Si necesita cancelar una cita, llame al menos 48 horas antes de su cita. Las cancelaciones hechas dentro de las 48 horas anteriores a la hora de la cita se consideran "tarde" y le cobrará \$25 por cada cancelación tardía o cita faltada. Se le cobrará \$20 para los esfuerzos necesarios para transferir las imágenes de rayos x por correo electrónico a cualquier otro centro médico.

Patient's Signature (*Firma del Paciente*) Date (*Fecha*)

For Office Use Only

Patient Name: _____

Clinical/X-ray Findings

Tooth	Treatment	Narrative
1		
2		
3		
4/A		
5/B		
6/C		
7/D		
8/E		
9/F		
10/G		
11/H		
12/I		
13/J		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20/K		
21/L		
22/M		
23/N		
24/O		
25/P		
26/Q		
27/R		
28/S		
29/T		
30		
31		
32		