

CHART NO. _____	OFFICE: _____	DATE: _____
------------------------	----------------------	--------------------

PATIENT'S INFORMATION

INFORMACION SOBRE EL PACIENTE

Patient's Name Nombre del Paciente		Age: Edad:	Birthdate: Fecha de Nacimiento:
Patient's Address Dirección del Paciente			
City: Ciudad:	Zip Code: Zona Postal:	Phone No: () Número de Teléfono:	

INSURANCE INFORMATION

INFORMACION DEL SEGURO

Name of Financially Responsible Party Nombre de la persona responsable por el pago del tratamiento dental		Phone No: () Número de Teléfono:	
Insured's Name Nombre del Asegurado:	Birthdate: Fecha de Nacimiento:	Soc. Sec. No. No. Seguro Social:	
Insurance Company Name: Nombre de Compañía de Seguros:		Group / Policy No. Número de Póliza / grupo:	
Employer: Empleador:		Phone No: () Número de Teléfono:	
Employer's Address: Dirección del Empleador:		City: Ciudad:	Zip Code: Zona Postal:
Insured's Occupation Ocupación del Asegurado:		Relationship to Patient Relación con el paciente:	
Is Patient covered by? ¿El paciente está cubierto por?	Insurance <input type="checkbox"/> Seguro Dental	Denti-Cal Medical	No Coverage Ninguna Cobertura
I UNDERSTAND THAT I AM RESPONSIBLE FOR ALL COST OF MY DENTAL TREATMENT. ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE POR EL COSTO TOTAL DE MI TRATAMIENTO DENTAL.		X _____ SIGNATURE (FIRMA) DATE (FECHA)	

How did you hear about our dental office? ¿Cómo supo usted de nuestra oficina dental?				
Previous Patient Paciente anterior	Friend Amigo (Amiga)	Yellow Pages Páginas amarillas	Saw Building (Walk in) Vió nuestro edificio al pasar	Other (Explain) Otra (Explique)

PATIENT'S MEDICAL HISTORY

INFORMACION CLINICA DEL PACIENTE

ANSWER ALL QUESTIONS AND FILL IN BLANK SPACES WHEN INDICATED. ANSWERS TO THE FOLLOWING QUESTIONS ARE FOR OUR RECORDS ONLY AND WILL BE CONFIDENTIAL.		YES	SI	NO	CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS Y LLENE LOS ESPACIOS EN BLANCO CUANDO SE INDIQUE. LAS CONTESTACIONES A NUESTRAS PREGUNTAS SON UNICAMENTE PARA NUESTRO ARCHIVOS, SON ESTRICTAMENTE CONFIDENCIALES.
1	Are you in good health? If you are not, please explain _____				¿Está usted en buena salud? Si la respuesta es no, por favor explique: _____
2	Are you now under the care of a physician? If yes, why? _____				¿Está usted bajo atención médica? Si, la respuesta es si, explique: _____
3	Do you have a personal physician? Physician Name _____ Address: _____ Phone No. _____				¿Tiene usted un médico particular? Nombre de su médico _____ Dirección: _____ No. de Teléfono _____
4	Are you taking any medication? If yes, name of medications: _____				¿Está usted tomando algún medicamento? Si la respuesta es si, nombre los medicamentos _____
5	Are you taking or ever taken PhenPhen?				¿Esta tomando o ha tomado PhenPhen?
6	Have you ever had a reaction to local anesthetic?				¿Ha tenido usted alguna reacción a la anestesia local?
7	Are you allergic to any drug or medication? (Like penicillin) If the answer is yes, What drug or medication?				¿Es usted alérgico(a) a alguna droga o medicamento? (Como la penicilina) Si la respuesta es si, indique a cual droga o medicamento
8	Are you pregnant? If yes, how many months?				¿Está usted embarazada? Si, la respuesta es si, ¿Cuántos meses?

Email:

9	Do you have or have you had any of the following diseases or problems?	YES SI	NO	¿Usted tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas?
	ALLERGIES			ALERGIAS
	ALLERGIC TO LATEX GLOVES			ALERGICO A LOS GUANTES DE LATEX
	ASTHMA			ASMA
	HEPATITIS			HEPATITIS
	DIABETES			DIABETIS
	TUBERCULOSIS			TUBERCULOSIS
	RHEUMATIC FEVER			FIEBRE REUMATICA
	HEART TROUBLE			COMPLICACIONES CARDIACAS (CORAZON)
	HEART MURMUR			SOPLO EN EL CORAZON
	KIDNEY TROUBLE			COMPLICACIONES RENALES (RIÑONES)
	LIVER TROUBLE			COMPLICACIONES HEPATICAS (HIGADO)
	VENEREAL DISEASE			ENFERMEDADES VENEREAS
	HIGH BLOOD PRESSURE			HIPERTENSION ARTERIAL (PRESION ALTA)
	LOW BLOOD PRESSURE			BAJA PRESION SANGUINEA
	HIV VIRUS			VIRUS VIH
	AIDS			SIDA
	STOMACH ULCERS			ULCERAS ESTOMACALES
10	Have you had abnormal bleeding associated with previous extraction, surgery or trauma?			¿A sangrado anormalmente después de una extracción dental, cirugía o trauma?
11	Have you ever required a blood transfusion?			¿A usted requerido tranfusión sanguínea?
12	Do you have any blood disorder such as anemia?			¿Tiene usted algún desorden sanguíneo, tal como anemia?
13	Do you have a pacemaker or artificial heart valve or artificial joint?			¿Tiene usted un marcapasos cardíaco o una válvula artificial para el corazón o coyuntura artificial?
14	Have you had any disease, condition or problem not listed above?			¿Tiene o a tenido usted alguna enfermedad, condición o problema que no ha sido mencionado anteriormente?
If yes, please explain _____		Si la respuesta es si, por favor explique _____		

Person to notify in case of emergency: Persona a quien se le notifique en caso de alguna emergencia.	Full Name Nombre Completo	Phone No. No. de Teléfono
--	-------------------------------------	-------------------------------------

DENTAL HISTORY

HISTORIA DENTAL

How long since your last dental visit?	¿Cuánto tiempo desde su última visita al dentista?			
What would you like to discuss with the dentist today? ¿Qué desea consultar con el dentista hoy?	Toothache Dolor de muelas	Dental Check up Examen Dental	Extraction Extracción	Ortho (Braces) Ortho (Frenos)
Crown / Bridges Coronas / Puentes	Replacing missing teeth Restitucion de dientes	Partial / Dentures Dentadura postiza	Gum Problem Problemas de encías	Second Opinion Segunda Opinión
			Estimate Estimado de costo	

I have filled out this health questionnaire completely. I have advised you of all medical problems of which I am aware.
He contestado este cuestionario de salud totalmente. He dado a conocer todos los problemas médicos de los que tengo conocimiento.

X _____	Date / Fecha _____
Patient's Signature (If minor, parent or guardian) / Firma del paciente (Si es menor, padre o guardian)	

THIS IS TO CERTIFY THAT I, THE UNDERSIGNED, CONSENT TO THE PERFORMING OF X-RAYS, EXAMINATION AND WHATEVER DENTAL TREATMENT MAY BE AGREED UPON TO BE NECESSARY OR ADVISABLE.
ESTO CERTIFICA QUE YO, EL QUE FIRMA, DOY MI CONCENTIMIENTO PARA QUE HAGAN USO DE RAYOS-X, EXAMINACION O CUALQUIER TRATAMIENTO DENTAL QUE SEA NECESARIO O ACONSEJADO.

X _____	Date / Fecha _____
Patient's Signature (If minor, parent or guardian) / Firma del paciente (Si es menor, padre o guardian)	

FOR OFFICE USE ONLY (Solamente para uso de la oficina)

HEALTH HISTORY REVIEWED BY: _____ (Doctor Signature) Date _____

RECALL REVIEW

1	Pt.'s Signature X	Date	Doctor's Signature	Date
2	Pt.'s Signature X	Date	Doctor's Signature	Date