

Patient Information
Información del Paciente

First Name: _____ **Middle** _____ **Last Name** _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Date of birth: _____ **Sex:** Male Female **Perferred Name:** _____
Fecha de nacimiento Sexo Masculino /femenino Nombre preferido

Pediatrician: _____ **Office Number:** _____
Nombre de su Pediatra Numero de telefono

Name of siblings that attend the office: _____
Nombre de familiares que vienen a la oficina

How did you hear about our office? _____
Cómo se enteró de nuestra clínica

Does the patient have insurance? If so please fill out the following questions.
El paciente tiene aseguranza? Complete las siguiente información

Policy Holders Name: _____ **Date of birth:** _____
Primary Dental Insurance: _____
Member ID: _____ **Subscriber ID:** _____
Group #: _____ **Social security number:** _____

Parent or Guardian Information
Información del Padrés or Guardian

First Name: _____ **Middle Initial** _____ **Last Name:** _____
Primer Nombre Iniciales de segundo nombre Apellido

Relationship to patient: _____
Su relación al paciente
Marital status: Single Married Divorced Separated Widowed
Su estatuscivil soltero casado divorciado separado viudo

Date of Birth: _____ **Email:** _____
Fecha de Nacimiento Correo electrónico
Address: _____ **City, State, Zip** _____
Dirección Ciudad, estado, código postal
Home Phone: _____ **Cell phone:** _____
Teléfono de casa Numero de celular

Would you like to receive text message reminders: Yes **No**
Le gustaría recibir recordatorios vía mensaje de texto si / no

Employer Name: _____ Work Number: _____
Nombre del empleo Número del trabajo

Please read carefully and initial the following:
Por Favor de leer cuidadosamente y ponga sus iniciales en los siguientes:

_____ All copays are due at the time of service we will try our best to get the most accurate information from your insurance. Please understand that this is still an estimate you will be responsible for any Services your insurance does not cover.
Todos los copagos vencen en el momento del servicio, haremos todo lo posible para obtener la información más precisa de su seguro. Por favor, comprenda que esto sigue siendo una estimación que usted será responsable de cualquier Servicio que su seguro no cubra.

_____ I understand that I may be responsible for certain fees associated with ANY SERVICES PROVIDED to my child that are not covered by insurance company do to the frequency limitations, certain non-covered procedure or lack of coverage from the insurance.
Entiendo que puedo ser responsable de ciertas tarifas asociadas con CUALQUIER SERVICIO PROPORCIONADO a mi hijo que no están cubiertos por la compañía de seguros debido a las limitaciones de frecuencia, ciertos procedimientos no cubiertos o la falta de cobertura del seguro.

_____ I understand that the dental insurance policy is a contract between my employer and the dental insurance company that the terms of the contract are negotiated between the dental company and my employer.
Entiendo que la póliza de seguro dental es un contrato entre mi empleador y la compañía de seguro dental que los términos del contrato se negocian entre la empresa dental y mi empleador.

_____ I understand I am responsible for notifying my children's dental office of any changes to my address, phone number or email.
Yo entiendo que soy responsable de notificar al consultorio dental de mis hijos sobre cualquier cambio en mi dirección, número de teléfono o correo electrónico.

Signature: _____ Date: _____
Firma Fecha

Patient Medical History
Historia Médica del paciente

Patient Name: _____ Date of Birth: _____
Nombre del paciente fecha de nacimiento

Are you under a physician's care? Yes No If yes please explain, _____
Está bajo el cuidado de un médico? Si no En caso afirmativo, explíquelo por favor

Have you ever been hospitalized or had a major operation? Yes No
If yes please explain, _____
Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una operación importante? En caso afirmativo, explíquelo por favor

Have you ever had a serious head or neck injury? Yes No If yes please explain, _____
Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o el cuello? En caso afirmativo, explíquelo por favor

Are you taking any medications, pills or drugs? Yes No If yes please explain, _____
Está tomando algún medicamento, píldora o droga? En caso afirmativo, explíquelo por favor

Do you take phenytoin or redux? Yes No
Toma fenitoína o redux?

If yes please explain, _____
En caso afirmativo, explíquelo por favor

Are you on a special diet? Yes No
Estás en una dieta especial?

If yes please explain, _____
En caso afirmativo, explíquelo por favor

Do you use tobacco? Yes No
Usa tabaco?

If yes please explain, _____
En caso afirmativo, explíquelo por favor

Do you use controlled substances? Yes No
Usa sustancias controladas?

If yes please explain, _____
En caso afirmativo, explíquelo por favor

For women, are you pregnant or trying to get pregnant? Yes No
En el caso de las mujeres, ¿está embarazada o intentando quedar embarazada?

Are you nursing? Yes No
Estás amamantando?

Are you allergic to any of the following? Aspirin Metal Latex Penicillin Nitrous oxide Codeine
Es alérgico a alguno de los siguientes? Aspirina Metal latex penicilina Óxido nitroso codeína

Milk and Eggs Sulfa Drugs Red Dye Acrylic Local Anesthetic
Leche y Huevos Sulfonamidas Tinte rojo Acrílico Anestesia local

Do you have or have had any of the following?
Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

O AIDS/HIV Positive
SIDA/HIV Positivo

OCortisone Medicine
Medicina de cortisona

OHemophilia
hemofilia

ORadiations treatment
Tratamiento de radiación

OAlzheimer's Disease
Enfermedad de Alzheimer

ODiabetes
Diabetes

OHepatitis A
Hepatitis A

ORecent Weight Loss
Pérdida de peso recien

OAnaphylaxis
Anafilaxia

ODrug Addiction
Drogadicción

OAnemic
Anemia

OHepatitis B or C
Hepatitis B o C

OEasily Winded
Fácilmente sinuoso

OHerpes
Herpes

ORheumatic Fever
Fiebre reumática

OAngina
Angina de Pecho

OEmphysema
Enfisema

OHigh Blood Pressure
Hipertensión

OArthritis/ Gout
Artritis / Gota

OEpilepsy or Seizures
Epilepsia o Convulsiones

OHigh Cholesterol
Colesterol Alto

OArtificial Heart Valve
Válvula Cardíaca Artificial

OExcessive Bleeding
Sangrado Excesivo

O Hives or Rash
Urticaria o Sarpullido

OArtificial Joints
Articulaciones Artificiales

OExcessive Thirst
Sed Excesiva

OHypoglycemia
Hipoglucemia

OSickle Cell Disease
Enfermedad de célula falciforme

OAshma
Asma

OFainting Spells/Dizziness
Desmayos / Mareos

OIrregular Heartbeat
Ritmo cardíaco Irregular

OSinus Trouble
Problemas con NarizSinusal

OBlood Transfusion
Transfusión de Sangre

OFrequent Diarrhea
Diarrea Frecuent

OLeukemia
Leucemia

OStomach/Intestine Disease
Enfermedad Intestino

OBreathing Problems
Problemas Respiratorios

OFrequent Headaches
Dolores de Cabeza Frecuentes

OLiver Disease
Enfermedad del Hígado,

OStroke
Ataque Fulminante

OBruise Easily
Facilmente Abollado

OGenital Herpes
Herpes Genital,

OLow Blood Pressure
Presión Baja

OCancer
Cancer

OSwelling of Limbs
Hinchazón Extremidades

O Glaucoma
Glaucoma,

OLung Disease
Enfermedad Pulmonar

O ThyroidsDisease
Tiroides

OChemotherapy
Quimioterapia

OHay Fever
Fiebre del Heno

O Tonsillitis
Amigdalitis

OConvulsions
Convulsiones

OCold Sores/ Fever Blisters
Herpes Labial / Ampollas de Fiebre

OHeart Murmur
Soplo Cardíaco,

OPain in Jaw Joints
Dolor De Mandíbula,

OAutism
Autismo

OTumor or Growths
Tumor o Crecimientos

OHeart Pacemaker
Marcapasos Cardíaco

O Heart Trouble/ Disease
Problemas /Enfermedades Corazón

OParathyroid Disease
Enfermedad Paratiroidea,

OUlcers
Úlceras,

OPsychiatric Care
Atención Psiquiátrica

OVenereal Disease
Enfermedad Venérea

OYellow Jaundice
Ictericia Amarilla

OSensory Disorder
Trastorno Sensorial

Have you had any serious illness not listed above?

Ha tenido alguna enfermedad grave no mencionada anteriormente?

If yes please explain. _____

En caso afirmativo, explíquelo porfavor

I agree that the information given is to the best of my knowledge I understand that the providing incorrect Information can be dangerous to my patient's health. It is my responsibility to inform the dental office of any changes in medical status.

Acepto que la información proporcionada es según mi leal saber y entender.

peligroso para la salud de mi paciente. Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado médico.

Name or Parent Guardian: _____

Nombre del Padre o Guardián

Patient Name: _____

Nombre del Paciente

Signature: _____ **Date:** _____