

Bienvenidos



Informacion del Paciente

Nombre: _____
 Domicilio: _____ Apt: _____
 Ciudad: _____ Estado _____ Zip: _____
 Tel: (____) _____ Cell: (____) _____
 SSN: _____ Fecha de Nacimiento _____
 E-Mail: _____

Informacion del Partido Responsable (si corresponde)

Nombre: _____
 Domicilio: _____ Apt: _____
 Ciudad: _____ Estado _____ Zip: _____
 Tel: (____) _____ Cell: (____) _____
 SSN: _____ Fecha de Nacimiento _____
 E-Mail: _____

Empleo Paciente Partido Responsable

Empleador: _____
 Ocupacion: _____ Cuanto Tiempo? _____
 Direccion: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
 Tel: (____) _____ Ex: _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____
 Domicilio: _____ Apt: _____
 Ciudad: _____ Estado _____ Zip: _____
 Tel: (____) _____ Cell: (____) _____
 Relacion al Paciente _____
 Nombre de su Doctor: _____ de Telefono: _____

Insurance Coverage (check one)

Denti-Cal HMO PPO Indemnity Other _____

Insured Party Information Only (if applicable)

Nombre: _____ Domicilio: _____
 Ciudad: _____ Estado _____ Zip: _____
 SSN: _____ Fecha de Nacimiento _____
 Empleador: _____ Union: _____
 Policy/ Group# _____ Insurance ID # _____

Informacion del Asegurado (si corresponde)

Direccion de el Seguro: _____
 Ciudad: _____ State: _____ Zip: _____
 Tel: (____) _____ # de Id _____

Seguro Secundario (si corresponde):

Domicilio: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
 Tel: (____) _____
 Insured's Name: _____ Insured's SSN: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Empleador: _____
 Union _____ # de Poliza _____

Cómo nos encontro?

Folleto/Anuncio Referido por su seguro Ubicación
 Representante Mercantil; donde: _____
 Paginas Amarillas Empleador Otro Doctor
 Familia/ Amigo Sitio del Internet Penny Saver
 Otro _____

Yo certifico que la informacion aqui expuesta es exacta y puede ser aprobado para recibir crédito y proporcionar los servicios dentales. Entiendo que soy financieramente responsable de los cargos u/o cargos no cubiertos y/o no pagados por mi compania de seguros por cualquier razon. Yo autorizo que cualquier pago o beneficios del seguro sea pagado directamente a esta corporacion dental Entiendo que soy financieramente responsable de ningun cargo no cubierto en esta autorizacion. Autorizo la liberacion de cualquier informacion que relaciona a cualquier reclamo o reclamos dentales.

Firma del Partido Responsable _____ Date _____
 (Parent/Legal Guardian if patient is a minor)

Patient Information Update *Update is noting no major change in Patient Information

Fecha	Firma	Comentarios

HEALTH HISTORY
HISTORIA DE SALUD

CHART NO. _____

PATIENT NAME(NOMBRE) _____ DATE(FECHA) _____

DATE OF BIRTH (FECHA DE NACIMIENTO) _____ SEX (SEXO): M/F HEIGHT (ESTATURA) _____ WEIGHT (PESO LBS) _____

Answer all questions and fill in blank spaces when indicated. Answers to the following questions are for our records only and will be strictly confidential.

Conteste todas las preguntas y llene los espacios en blanco cuando se mplicue. Las contestaciones a nuestras preguntas son unicamente para nuestras archivos, y se consideran confidencial.

	Yes	No
1 Are you in good health		
2 Has there been any significant change in your general health within the past year My last physical was on _____		
3 Are you now under the care of a physician If so, what is the condition being treated _____ The name and Tel. of my physician is _____ Please list any medications you are taking _____ _____ _____		
4 Have you been hospitalized from a serious illness or operation within the last 5 years. If so, explain _____		
5 Do you have or have you had any of the following diseases or problems: A High or Low Blood Pressure B Heart Conditions: Damaged/ Artificial heart valves, cardiovascular disease, murmurs, coronary insufficiency/occlusion, stroke, heart lesions or Mitral Valve Prolapse • Do you have pain in chest upon exertion • Are you ever short of breath after mild exercise • Do your ankles swell • Do you get short of breath when you lie down, or do you require extra pillows when you sleep C Do you have a cardiac pacemaker D Do you have Rheumatic Fever/Heart Disease..... • Sinus trouble E Asthma F Hives or skin rash G Fainting spells or seizures H Diabetes • Do you have to urinate (pass water) more than 6 times a day • Are you thirsty much of the time I Hepatitis, jaundice or liver disease • Arthritis • Inflammatory rheumatism (swollen joints) J Stomach ulcers K Kidney trouble L Tuberculosis M Anemia N A persistent cough or cough up blood • Do you have prosthetic hip or joint prosthesis, implants, bone plates or pins if so, what _____		
6 Have you had abnormal bleeding associated with previous extractions, surgery, or trauma • Do you bruise easily • Have you ever required a blood transfusion if so, explain _____		
7 Have you ever taken Phen-fen		
8 Do you drink Alcoholic Beverages		

	Si	No
1 Esta usted en buen salud		
2 Ha habido cambio de su salud durante el ultimo año pasado Mi ultimo examen medico fue en _____ Esta ahora bajo atencion medica Si es asi, que enfermedad se esta curando _____ El nombre y # de telefono de mi medico es _____ Porfavor detalle cualquier medicamentos que esta tomando: _____ _____ _____		
4 Ha estado hospitalizado de una enfermedad seria o operacion dentro los ultimos 5 anos. Si es asi, explique _____		
5 Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas: A Alta o Baja presion arterial (sangre)..... B Enfermedad del Corazon; Valvulas artificiales o danadas, insuficiencia cardiaca, oclusion coronaria, arteriosclerosis, sincope, LesiOn cardiaca a Mitral Válvula Prolapso • Tiene dolor en el pecho cuando hace esfuerzo • Le falta el aire despues de hacer algun ejercicio • Se le hinchan los tobillos • Cuando se acuesta, le falta aire para respirar o le faltan mas almohadas para dormir C Tiene un marcapasos cardiaco D Fiebre/InfecciOn reumatica del corazon • Problema de senusitis E Asma F Ronchas a sarpullido G Desmayos y sudores a ataques H Diabetes • Orina usted mas de seis veces por dia • Tiene sed la mayoría del tiempo I Hepatitis, ictericia o enfermedad del higado • Artritis • inflamacion reumatica (coyunturas inflamadas) J Ulceras estomacales K Enfermedad del rinon L Tuberculosis M Anemia N Tos persistente O tos con sangre • Tiene cadera o conjuntura prosthetica, implantes placa de hueso or tornillos Si es asi, que _____		
6 Ha sangrado anormalmente, cuando una extraccion dental, Cirujia o trauma • Se moretea su piel facilmente • Harequendo transfusion de sangre si es asi, explique _____		
7 Ha tomado usted Phen-fen		
8 Usted toma tragos alcoholicos		

Yes No

Si No

09	Do you Smoke if so, how much		
10	Have you had surgery or x-ray treatment for a tumor, growth, or other condition of your mouth or		
11	Are you taking any of the following:		
	A Antibiotics or sulfa drugs		
	B Anticoagulants (blood thinners) if so, what		
	C Medicine for high blood pressure		
	D Cortisone (steroids)		
	E Tranquilizers		
	F Antihistamine		
	G Insulin, tolbutamide (orinase) or similar drug		
	H Digitalis or drugs for heart trouble		
	I Nitroglycerin		
	J Oral contraceptive or other hormonal therapy		
12	Are you allergic or have you reacted adversely to:		
	A Local anesthetics		
	B Penicillin or other antibiotics		
	C Barbiturates, sedatives or sleeping pills		
	D Aspirin or Sulfa Drugs		
	E Iodine		
	F Codeine or other narcotics		
	G Latex or rubber products		
	H Other		
13	Have you had any problems or serious trouble associated with any previous dental treatment if so, explain		
14	Are you employed in any situation which exposes you regularly to x-rays or other ionizing radiation		
15	Do you have, or have you had personal contact with anyone who has the following (please circle):		
	A Herpes B Hepatitis C TB		
	D AIDS E Venereal Disease F HIV		
16	Are you pregnant or think you might be		
17	Are you nursing		
18	Do you have any other medical, mental or physical problem/condition not listed above (Autism, Down's Syndrome, etc.) if so, explain		

09	Usted Fuma Si es cierto, cuanto		
10	Ha tenido cirugía o rayos x para tratar algun tumor, creco, o otra enfermedad de la boca o labios		
11	Esta tomando los siguientes medicamentos:		
	A Sulfamidas o antibiomaticos		
	B Anticoagulantes (aclerar la sangre) Si es asi que		
	C Medicamento contra la alta presion		
	D Cortisona (esteroides)		
	E Tranquilizantes		
	F Antihistaminico		
	G Insulina, tolbutamida o drogas similares		
	H Para enfermedades del corazon		
	I Nitroglicerina		
	J Anticonceptivos orales o otra terapia hormonal		
12	Esta alergico o ha reaccionado adversamente a:		
	A Anestesia local		
	B Antibiomaticos o penicilina		
	C Barbiturico, sedantes o pastillas para dormir		
	D Aspirina or Drogas con sulfas		
	E Yodo		
	F Codeina o otros narcoticos		
	G Latex o productos de hule		
	H Alguna otra		
13	Ha tenido algun problema despues de haber tenido un tratamiento dental Si es asi explique		
14	Esta trabajando o esta en un situacion donde este expuesto regularmente a radiografias o algun otra forma de radiacion		
15	Usted tiene o ha estado en contacto personal con alguien con lo siguiente (por favor de circular):		
	A Herpes B Hepatitis C Tuberculosis		
	D SIDA E Enfermedades Venereas F HVI		
16	Esta usted embarazada o piensa que si		
17	Esta amamantando (dando pecho)		
18	Tiene usted alguna otra enfermedad o condicion no mencionado anteriormente (Autismo, Sindrome de Down, etc.) Si es asi, explique		

I have filled out this Health Questionnaire completely. I have advised you of all medical problems of which I am aware. I further 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.

Yo he leído lo de arriba y he contestado este cuestionario de Salud totalmente. He dado a conocer todos los problemas de que conozco. Además certifico que yo, el que firma, presto mi consentimiento para que hagan el uso de rayos X, radiación o cualquier tratamiento dental que sea de acuerdo o aconsejado.

SIGNATURE OF PATIENT DATE
OR LEGAL GUARDIAN

FIRMA DEL PACIENTE FECHA
O REPRESENTANTE LEGAL

SIGNATURE OF DOCTOR (Firma del Doctor)

DATE

***UPDATE TO MEDICAL HISTORY/ ACTUALIZAR* HISTORIA DE SALUD**

DATE/FECHA	COMMENTS/COMENTARIOS	PATIENT SIGNATURE/FIRMA DEL PACIENTE	DR. SIGNATURE

*Update is noting no change in Medical History/ Actualizar y notar ningun cambio en la Historia De Salud

Medical Clearance Required: YES / NO For: