

BIENVENIDOS A NUESTRA OFICINA

Welcome to our Practice

Fecha 04/04/2023
Date

INFORMACION PACIENTE: Patient Information

Sr. Sra. Srta. Dr. Primer Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____
First Name Last Name

Sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Seguro Social _____
Sex Male Female Birth Date Age Social Security

Dirección / Calle _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Address Apt. City State Zip

Tel. de su Residencia (_____) Tel. Celular (_____) E-mail _____
Home Phone Cell Phone E-mail

¿Encontraste nuestra práctica en el Internet? Sí No Referido por _____
Did you find our practice online? Referred By PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name)

¿Ha sido usted paciente de nuestra oficina anteriormente? Sí No ¿Algún familiar suyo ha sido paciente de nuestra oficina anteriormente? Sí No
Have you ever been a patient of our practice? Yes No Has a family member ever been a patient of our practice? Yes No

Dentista _____ Ortodoncista _____
Dentist PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name) Orthodontist PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name)

Médico _____ Farmacia Preferida _____ Tel. (_____)
Medical Dr. PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name) Preferred Pharmacy Tel.

Licencia de Conducir Núm. _____ Familiar más cercano que no viva con usted _____
Driver's License Number Nearest relative not living with you PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name) Tel. (_____)

Lugar del Trabajo _____ Tel. del Trabajo (_____) Método de Pago: Efectivo Cheque Tarjeta de crédito
Employer Business Phone Personal Payment Type Cash Check Credit Card

En caso de emergencia, favor de contactar a _____ Tel. (_____) Parentesco _____
In case of emergency, please contact Tel. Relation

PERSONA ENCARGADA DE ESTA CUENTA: Who will be responsible for your account

Yo mismo (Si es usted mismo, continúe con la próxima sección) Esposo(a) Padre Madre Otro
Self (If self, skip to next section) Spouse Father Mother Other

Nombre _____ Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____
Name PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name) Social Security Birth Date Age

Tel. (_____) Tel. Celular (_____) E-mail _____
Tel. Cell Phone E-mail

Dirección / Calle _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Address Apt. City State Zip

Licencia de Conducir Núm. _____ Lugar del Trabajo _____ Teléfono (_____)
Driver's License Number Employer Telephone

INFORMACIÓN SOBRE SU CÓNYUGE U OTRO GARANTIZADOR: (si es diferente al anterior) Spouse or other guarantor information if different from above

Nombre _____ Parentesco _____ Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____
Name PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name) Relation Social Security Birth Date

Dirección / Calle _____ Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Address Apt. City State Zip

Tel. (_____) Lugar del Trabajo _____ Tel. del Trabajo (_____)
Telephone Employer Business Telephone

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO: Insurance Information

Estudiante: Tiempo completo Medio tiempo No Nombre de la Escuela / Dirección _____
Student Full Time Part Time Not School Name / Address

Estado Civil: Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Soltero(a) Legalmente separado(a)
Marital Status Married Divorced Widowed Single Legally Separated

Empleado(a): Tiempo completo Tiempo parcial Retirado(a) No ¿Pertenece usted a un PPO ó HMO? Sí No
Employed Full Time Part Time Retired Not Do you belong to a PPO or HMO? Yes No

COMPañIA DE SEGURO DENTAL PRIMARIA: Primary Dental Insurance Co

Lugar de Trabajo _____
Employer

Dirección del Trabajo _____ CIUDAD (City) ESTADO (St) CÓDIGO PO (Zip)
Business Address DIRECCIÓN (Address) City State Zip

Tel. del Trabajo (_____) Plan _____
Business Telephone Business Telephone Plan

Nombre de la Compañía de Segura _____ I.D. # _____
Insurance Company Name I.D. #

Dirección _____ CIUDAD (City) ESTADO (St) CÓDIGO PO (Zip)
Address DIRECCIÓN (Address) City State Zip

Tel. (_____) Nombre de Grupo _____
Tel. Group Name

Grupo Núm. _____ Persona Asegurada _____
Group # Insured Party PRIMER NOMBRE (First) APELLIDO (Last Name)

Parentesco _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo: M F
Relation Birth Date Sex M F

Seguro Social _____ Tel. (_____)
Social Security # Tel.

Dirección _____ CIUDAD (City) ESTADO (St) CÓDIGO PO (Zip)
Address DIRECCIÓN (Address) City State Zip

COMPañIA DE SEGURO MEDICO PRIMARIA: Primary Medical Insurance Co

Lugar de Trabajo _____
Employer

Dirección del Trabajo _____ CIUDAD (City) ESTADO (St) CÓDIGO PO (Zip)
Business Address DIRECCIÓN (Address) City State Zip

Tel. del Trabajo (_____) Plan _____
Business Telephone Business Telephone Plan

Nombre de la Compañía de Segura _____ I.D. # _____
Insurance Company Name I.D. #

Dirección _____ CIUDAD (City) ESTADO (St) CÓDIGO PO (Zip)
Address DIRECCIÓN (Address) City State Zip

Tel. (_____) Nombre de Grupo _____
Tel. Group Name

Grupo Núm. _____ Persona Asegurada _____
Group # Insured Party PRIMER NOMBRE (First) APELLIDO (Last Name)

Parentesco _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo: M F
Relation Birth Date Sex M F

Seguro Social _____ Tel. (_____)
Social Security # Tel.

Dirección _____ CIUDAD (City) ESTADO (St) CÓDIGO PO (Zip)
Address DIRECCIÓN (Address) City State Zip

COMPañIA DE SEGURO DENTAL SECUNDARIA: Secondary Dental Insurance Co

Lugar de Trabajo _____
Employer

Dirección del Trabajo _____ CIUDAD (City) ESTADO (St) CÓDIGO PO (Zip)
Business Address DIRECCIÓN (Address) City State Zip

Tel. del Trabajo (_____) Plan _____
Business Telephone Business Telephone Plan

Nombre de la Compañía de Segura _____ I.D. # _____
Insurance Company Name I.D. #

Dirección _____ CIUDAD (City) ESTADO (St) CÓDIGO PO (Zip)
Address DIRECCIÓN (Address) City State Zip

Tel. (_____) Nombre de Grupo _____
Tel. Group Name

Grupo Núm. _____ Persona Asegurada _____
Group # Insured Party PRIMER NOMBRE (First) APELLIDO (Last Name)

Parentesco _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo: M F
Relation Birth Date Sex M F

Seguro Social _____ Tel. (_____)
Social Security # Tel.

Dirección _____ CIUDAD (City) ESTADO (St) CÓDIGO PO (Zip)
Address DIRECCIÓN (Address) City State Zip

COMPañIA DE SEGURO MEDICO SECUNDARIA: Secondary Medical Insurance Co

Lugar de Trabajo _____
Employer

Dirección del Trabajo _____ CIUDAD (City) ESTADO (St) CÓDIGO PO (Zip)
Business Address DIRECCIÓN (Address) City State Zip

Tel. del Trabajo (_____) Plan _____
Business Telephone Business Telephone Plan

Nombre de la Compañía de Segura _____ I.D. # _____
Insurance Company Name I.D. #

Dirección _____ CIUDAD (City) ESTADO (St) CÓDIGO PO (Zip)
Address DIRECCIÓN (Address) City State Zip

Tel. (_____) Nombre de Grupo _____
Tel. Group Name

Grupo Núm. _____ Persona Asegurada _____
Group # Insured Party PRIMER NOMBRE (First) APELLIDO (Last Name)

Parentesco _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo: M F
Relation Birth Date Sex M F

Seguro Social _____ Tel. (_____)
Social Security # Tel.

Dirección _____ CIUDAD (City) ESTADO (St) CÓDIGO PO (Zip)
Address DIRECCIÓN (Address) City State Zip

A nuestros pacientes: Aunque los dentales tratan el área dentro y alrededor de su boca, la boca es parte del cuerpo. Los problemas de salud que usted pueda tener o las medicinas que usted pueda estar tomando, podrían afectar el tratamiento y cuidado que usted va a recibir. Le agradeceremos que conteste las siguientes preguntas. Sus respuestas son estrictamente confidenciales y se mantendrán en nuestros archivos.

To our patients: Although _____; primarily treat the area in and around your mouth, your mouth is part of your entire body. Health problems that you may have, or medications that you may be taking, could have an important inter-relationship with the care that you will be receiving. Thank you for answering the following questions. Your answers are for our records only and will be considered confidential.

Razón de su visita a nuestra oficina? _____

Reason for today's office visit? _____

- | | | | | |
|-----|--|--|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. | Altura _____ Peso _____ <small>Height Weight</small> | ¿Se encuentra usted en buen estado de salud? <small>Are you in good health?</small> | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| 2. | ¿Ha ocurrido algún cambio en su estado de salud en el pasado año? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | ¿Ha visto al médico recientemente? | Fecha de la última visita al doctor _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <small>Are you under the care of a physician? Date of last visit</small> | | | |
| | De ser así, ¿para qué condición o enfermedad está recibiendo tratamiento médico? _____ | | | |
| 4. | ¿Ha tenido usted alguna enfermedad, operación u hospitalización en los pasados cinco años? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <small>If so, for what are you being treated? Have you had any illness, operation or been hospitalized in the past five years?</small> | | | |
| | Si es así, describa _____ | | | |
| | <small>If so, describe</small> | | | |
| 5. | ¿Tiene usted alguna herida que no se ha curado o áreas inflamadas, tumores o llagas dentro o alrededor de la boca? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <small>Do you have unhealed / recurrent injuries or inflamed areas, growths or sore spots in or around your mouth?</small> | | | |
| | De ser así, indique donde _____ | | | |
| | <small>If so, describe where</small> | | | |
| 6. | ¿Tiene usted un implante o prótesis? | De ser así, indique donde _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <small>Do you have a prosthetic joint / implant if so describe where</small> | | | |
| 7. | ¿Le han reemplazado alguna de las válvulas del corazón o se le ha hecho un injerto vascular? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <small>Have you had a heart valve replacement or vascular graft?</small> | | | |
| 8. | ¿Alguna vez ha tenido anestesia general o sedación intravenosa? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <small>Have you ever had general anesthesia or IV sedation?</small> | | | |
| 9. | ¿Ha tenido usted, o un miembro de su familia, alguna reacción inusual o grave a la anestesia general o la sedación intravenosa? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <small>Have you, or a family member, had any unusual or serious reactions to general anesthesia or IV sedation?</small> | | | |
| 10. | ¿Algun otro doctor o su dentista previo le ha recomendado el uso de antibióticos antes de su tratamiento dental? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <small>Has a physician or previous dentist recommended that you take antibiotics prior to your dental treatment?</small> | | | |

| HA TENIDO O TIENE USTED ACTUALMENTE: <small>Have you ever had, or do you currently have</small> | SÍ <small>Yes</small> | NO <small>No</small> | NOTAS <small>Notes</small> |
|--|--------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| 11. ¿Fiebre reumática? <small>Rheumatic fever?</small> | | | |
| 12. ¿Válvulas del corazón dañadas / válvula mitral prolapsada? <small>Damaged heart valves / mitral valve prolapse?</small> | | | |
| 13. ¿Soplo del corazón? <small>Heart murmur?</small> | | | |
| 14. ¿Alta presión? <small>High blood pressure?</small> | | | |
| 15. ¿Baja presión? <small>Low blood pressure?</small> | | | |
| 16. ¿Dolor en el pecho / angina? <small>Chest pain / angina?</small> | | | |
| 17. ¿Ataque(s) al corazón? <small>Heart attack(s)?</small> | | | |
| 18. ¿Latidos del corazón irregulares? <small>Irregular heart beat?</small> | | | |
| 19. ¿Marcapapas en el corazón? <small>Cardiac pacemaker?</small> | | | |
| 20. ¿Cirugía (operación) del corazón? <small>Heart surgery?</small> | | | |
| 21. ¿Neumonía, bronquitis, tos crónica? <small>Pneumonia, bronchitis, chronic cough?</small> | | | |
| 22. ¿Asma? <small>Asthma?</small> | | | |
| 23. ¿Fiebre del heno ó sinusitis? <small>Hay fever / sinus problems?</small> | | | |
| 24. ¿Ronquidos? <small>Snoring?</small> | | | |
| 25. Apnea del sueño / CPAP? <small>Sleep apnea / CPAP?</small> | | | |
| 26. ¿Dificultad al respirar / otros problemas pulmonares? <small>Difficult breathing / other lung trouble?</small> | | | |
| 27. ¿Tuberculosis? <small>Tuberculosis?</small> | | | |
| 28. ¿Enfisema? <small>Emphysema?</small> | | | |
| 29. ¿Fuma ó vape? Cuanto por día _____ <small>Do you smoke or vape? If so, how much per day</small> | | | |
| 30. ¿Utiliza tabaco para mascar? <small>Do you use chewing tobacco?</small> | | | |
| 31. ¿Consumo de alcohol? Si es así, Cuanto por día _____ por semana _____ <small>Do you drink alcohol? If so, how much per day - per week</small> | | | |
| 32. ¿Transfusión de sangre? <small>Blood transfusion?</small> | | | |
| 33. ¿Enfermedad de la sangre como la anemia? <small>Blood disorder such as anemia?</small> | | | |
| 34. ¿Le aparecen moretones fácilmente? <small>Bruise easily?</small> | | | |
| 35. ¿Tendencia a sangrar / de manera anormal? <small>Bleeding tendency / abnormal bleed?</small> | | | |
| 36. ¿Ictericia / hepatitis ó enfermedad del hígado? <small>Hepatitis, jaundice, or liver disease?</small> | | | |
| 37. ¿Mononucleosis infecciosa? <small>Infectious mononucleosis?</small> | | | |
| 38. ¿Problemas de la vesícula? <small>Gallbladder trouble?</small> | | | |
| 39. ¿Desmayos? <small>Fainting spells?</small> | | | |
| 40. ¿Convulsiones / epilepsia? <small>Convulsions / epilepsy?</small> | | | |

| HA TENIDO O TIENE USTED ACTUALMENTE: <small>Have you ever had, or do you currently have</small> | SÍ <small>Yes</small> | NO <small>No</small> | NOTAS <small>Notes</small> |
|---|--------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| 41. ¿Derrame cerebral? <small>Stroke?</small> | | | |
| 42. ¿Problemas con la tiroides? <small>Thyroid trouble?</small> | | | |
| 43. ¿Diabetes? <small>Diabetes?</small> | | | |
| 44. ¿Azúcar baja? <small>Low blood sugar?</small> | | | |
| 45. ¿Problemas con los riñones? <small>Kidney trouble?</small> | | | |
| 46. ¿Colesterol alto? <small>High cholesterol?</small> | | | |
| 47. ¿Está recibiendo diálisis? <small>Are you on dialysis?</small> | | | |
| 48. ¿Tobillos hinchados / artritis ó enfermedad de las articulaciones? <small>Swollen ankles / arthritis / joint disease?</small> | | | |
| 49. ¿Osteoporosis / osteopenia? <small>Osteoporosis / osteopenia?</small> | | | |
| 50. ¿Osteonecrosis? <small>Osteonecrosis?</small> | | | |
| 51. ¿Úlceras en el estómago / reflujo ácido? <small>Stomach ulcers / acid reflux?</small> | | | |
| 52. ¿IBS / Colitis? <small>IBS / Colitis?</small> | | | |
| 53. ¿COVID-19? <small>COVID-19?</small> | | | |
| 54. ¿Enfermedades contagiosas? <small>Contagious diseases?</small> | | | |
| 55. ¿Enfermedades venéreas? <small>Sexually transmitted diseases?</small> | | | |
| 56. ¿Problemas con su sistema de inmunidad? <small>Problems with immune system?</small> | | | |
| 57. ¿Enfermedad autoinmune? <small>Autoimmune disease?</small> | | | |
| 58. ¿Cicatrizarse ó sanado lentamente? <small>Delay in healing?</small> | | | |
| 59. ¿Un tumor? <small>A tumor or growth?</small> | | | |
| 60. ¿Cáncer / radioterapia / quimioterapia? <small>Cancer / radiation therapy / chemotherapy?</small> | | | |
| 61. ¿Fatiga crónica / sudores por las noches? <small>Chronic fatigue / night sweats?</small> | | | |
| 62. ¿Está usted a dieta? <small>Are you on a diet?</small> | | | |
| 63. ¿Hay antecedentes/tratamiento para un trastorno por consumo de alcohol? <small>Is there a history / treatment for an alcohol use disorder?</small> | | | |
| 64. ¿Hay antecedentes/tratamiento para un marihuana o trastorno por uso de sustancias? <small>Is there a history / treatment for a marijuana or substance use disorder?</small> | | | |
| 65. ¿Lentes de contacto? <small>Contact lenses?</small> | | | |
| 66. ¿Enfermedades del ojo / glaucoma? <small>Eye disease / glaucoma?</small> | | | |
| 67. ¿Problemas de salud mental / ansiedad / depresión? <small>Mental health problems / anxiety / depression?</small> | | | |
| 68. ¿Aparato dental removable? <small>A removable dental appliance?</small> | | | |
| 69. ¿Que las mandíbulas duelan o se encajen al comer? <small>Pain or clicking of jaws when eating?</small> | | | |

Patient Name _____

Certifico que he leído y he entendido las preguntas anteriores. También reconozco que las preguntas, si alguna, sobre la información pedida anteriormente han sido contestadas en forma satisfactoria. Yo no haré responsable al cirujano o a su personal por errores u omisiones que yo haya podido cometer al completar esta forma.

I certify that I have read and I understand the questions above. I acknowledge that my questions, if any, about the inquiries set forth above have been answered to my satisfaction. I will not hold my surgeon, or any other member of his / her staff, responsible for any errors or omissions that I have made in the completion of this form.

X _____ X _____ X _____
Firma del paciente (Padre, madre o encargado, si es un menor) **Revisado Por** **Fecha**
Signature of patient (parent or guardian, if minor) *Reviewed by* *Date*

POLÍTICA PARA CITAS QUE INVOLUCRAN CIRUGÍA: El día de su cita, si va a someterse a una cirugía, puede haber restricciones para conducir y/o comer. La oficina revisará esta información con usted antes de su procedimiento. Reconozco que he leído y entiendo la política anterior.

Policy for Appointments Involving Surgery: The day of your appointment, if you are having surgery, there may be driving and / or eating restrictions. The office will review this information with you prior to your procedure. I acknowledge that I have read and I understand the policy above.

X _____ X _____
Firma del paciente (Padre, madre o encargado, si es un menor) **Fecha**
Signature of patient (parent or guardian, if minor) *Date*

HONORARIOS Y PAGOS: Nosotros hacemos todo lo posible por mantener bajos los procedimientos dentales que le ofrecemos. Usted puede contribuir a esta meta pagando después de cada visita a nuestra oficina. Bajo circunstancias especiales, le podemos ofrecer un plan de pago para el cual necesita hablar con el(la) administrador(a) de nuestra oficina. Usted puede solicitar una cotización o estimado de los cargos a pagar por cualquier procedimiento o cirugía. Si usted tiene seguro médico o dental, con mucho gusto le llenaremos las debidas formas. Le pedimos que, por favor, complete toda la información en esta forma.

Favor de recordar que el seguro se considera como un reembolso al paciente por los honorarios pagados al médico y no constituye una sustitución del pago. Algunas compañías pagan una cantidad fija por ciertos procedimientos y otras pagan un porcentaje del cargo. Es su responsabilidad pagar el deducible, co-seguro o cualquier otro balance que no haya sido pagado por su compañía de seguro. Usted será responsable de todos los costos envueltos en el cobro, los honorarios de un abogado y los costos legales.

Fees and Payments: We make every effort to keep down the cost of your care. You can help by paying upon completion of each visit. Other arrangements can be made with our office manager depending upon special circumstances. An estimate of the charge for any procedure or surgery you may require will be given to you upon request. If you have any dental and/or medical insurance we will be glad to fill out the proper forms, but please complete the identifying information on this form.

Please remember that insurance is considered a method of reimbursing the patient for fees paid to the doctor and is not a substitute for payment. Some companies pay fixed allowances for certain procedures and others pay a percentage of the charge. It is your responsibility to pay any deductible amount, co-insurance or any other balance not paid for by your insurance company. You will be responsible for all collection costs, attorneys fees, and court costs.

X _____ X _____
Firma del paciente (Padre, madre o encargado, si es un menor) **Fecha**
Signature of patient (parent or guardian, if minor) *Date*

Mediante esta firma, autorizo a que se divulgue la información necesaria para procesar mi reclamación. Por la presente, yo autorizo a que se le paguen al médico los beneficios correspondientes, de lo contrario deben ser pagados a mí.

X _____ X _____
Firma del paciente (Padre, madre o encargado, si es un menor) **Fecha**
Signature of patient (parent or guardian, if minor) *Date*

AUTORIZACIÓN: Autorizo a mi cirujano y a su personal designado a realizar un examen oral y maxilofacial con el propósito de diagnosticar y determinar el debido tratamiento. Además, autorizo a que se tomen todas las radiografías necesarias como parte de este examen. Si fuera necesario desde un punto de vista médico, autorizo a que se divulgue cualquier información adquirida durante este examen y el tratamiento. Me permito mensajes a quedar en mi teléfono y / o teléfono móvil con respecto a mi cita.

Permiso que la oficina se comunique conmigo por mensaje de texto en mi teléfono celular.

Authorization: I authorize my surgeon, and his / her staff, to perform an oral and maxillofacial examination for the purpose of diagnosis and treatment planning. Furthermore, I authorize the taking of all x-rays required as necessary part of this examination. In addition, if medically necessary, I authorize the release of any information acquired in the course of my examination and treatment. I permit messages to be left on my phone and / or mobile phone concerning my appointment.

I permit the office to communicate with me via text message on my cell phone.

X _____ X _____
Firma del paciente (Padre, madre o encargado, si es un menor) **Fecha**
Signature of patient (parent or guardian, if minor) *Date*

X _____
Doctor *Doctor*

Yo reconozco que una copia de este aviso oficina de prácticas de privacidad se ha puesto a mi disposición. Se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier preguntas que pueda tener acerca de este aviso.

I hereby acknowledge that a copy of this office's Notice of Privacy Practices has been made available to me. I have been given the opportunity to ask any questions I may have regarding this Notice.

X _____ X _____
Firma del paciente (Padre, madre o encargado, si es un menor) **Fecha**
Signature of patient (parent or guardian, if minor) *Date*