

Patient Information

Patient Name/Nombre del paciente: _____

Last/Apellido First/Nombre MI (Preferred Name/Nombre Preferido)

Gender/Género: Male/Masculino Female/Femenino Family Status/Estado Civil: _____ Date/Fecha: _____

Social Security ## de Seguro Social: _____ Birth Date/Fecha de Nacimiento: _____

Phone/Teléfono: Home/Casa: _____ Cell/Celular: _____

(Work/Trabajo): _____ Ext: _____ Best time to call/Mejor momento para llamar: _____

Preferred appointment times/Horarios de cita preferidos: Morning/Mañana Afternoon/Tarde Evening/Noche Any TimeDay/Día: Monday/Lunes Wednesday/Miércoles Friday/Viernes Saturday/Sábado

Address/Dirección: _____

Street/Calle

Apartment Number/Numero de Apartamento

City/Ciudad

State/Estado

Zip Code/Código Postal

Health Information

Last Dental Visit/Última vista dental: _____ Reason for visit/Motivo de su visita: _____

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

YES/NO AIDS/SIDA

YES/NO Birth Control/Control de la natalidad

YES/NO Anemia/Anemia

YES/NO Arthritis/Artritis

YES/NO Artificial joints/Articulaciones artificiales

YES/NO Asthma/Asma

YES/NO Blood Disease/Enfermedad de la sangre

YES/NO Cancer/Cáncer

YES/NO Diabetes

YES/NO Dizziness/Mareo

YES/NO Epilepsy/Epilepsia

YES/NO Excessive Bleeding/Sangrado Excesivo

YES/NO Fainting/ Desmayo

YES/NO Glaucoma/Glaucoma

YES/NO Growths/Crecimientos

YES/NO Hay Fever/Fiebre de

Heno

YES/NO Head Injuries/ Heridas en la cabeza

YES/NO Heart Disease/Enfermedad del corazón

YES/NO Heart Murmur/Soplo cardíaco

YES/NO Hepatitis

YES/NO High Blood Pressure/Alta presión

YES/NO Jaundice/Ictericia

YES/NO Kidney Disease/Enfermedad del Riñón

YES/NO Liver Disease/Enfermedad del Hígado

YES/NO Mental Disorders/Desórdenes mentales

YES/NO Nervous Disorders/Trastornos nerviosos

YES/NO Pacemaker/Marcapasos

YES/NO Pregnancy/Embarazo

Due date: _____

YES/NO Radiation treatment/Tratamiento de Radiaciones

YES/NO Respiratory Problems/Problemas Respiratorios

YES/NO Rheumatic Fever/Fiebre Reumática

YES/NO Rheumatism/Reumatismo

YES/NO Sinus Problems/Sinusitis

YES/NO Stomach Problems/Problemas estomacales

YES/NO Stroke/Infarto

YES/NO Tuberculosis

YES/NO Tumors/Tumores

YES/NO Ulcers/Ulceras

YES/NO Venereal Disease/Enfermedades Venéreas

Allergies/Alergias

YES/NO Latex/Látex

YES/NO Penicillin/Penicilina

YES/NO Codeine/Codéina

OTHER/OTRO: _____

List of medication currently taking, including natural medicine. (If more space is necessary inform front desk)/Lista de medicamentos que toma actualmente, incluida la medicina natural, (si necesita más espacio, informe a la recepción):

Office Use Only

Medical Changes /Conditions

Doctor/Date

_____**In case of an emergency contact the following person/En caso de emergencia contacte a la siguiente persona:**

Name/Nombre: _____ Phone/Teléfono: _____

• Have you ever had any complications following dental treatment? ¿Alguna vez ha tenido alguna complicación después del tratamiento dental? Yes/Sí No If yes, please explain/ Si sí, favor de explicar: _____

• Have you been admitted to a hospital in the past two years? ¿Ha sido admitido en un hospital durante los últimos dos años?

 Yes/Sí No If yes, please explain/Si sí, favor de explicar: _____• Are you now under the care of a physician? ¿Estás ahora bajo el cuidado de un médico? Yes/Sí No

If yes, please explain/Si sí, favor de explicar: _____

Name of Physician/Nombre del médico: _____ Phone/Teléfono: _____

• Do you have any health problems that need further clarification? ¿Tiene algún problema de salud que necesite más aclaración? Yes/Sí No If yes, please explain/ Si sí, favor de explicar: _____

To the best of my knowledge, all of the preceding answers and information provided are true and correct. If I ever have any change in my health, I will inform the doctors at the next appointment without fail. (A mi leal saber y entender, todas las respuestas anteriores y la información proporcionada son verdaderas y correctas. Si alguna vez tengo algún cambio en mi salud, informaré a los médicos en la próxima cita sin falta.)

Date/Fecha _____

Signature of patient, parent or guardian/Firma de paciente, padre, o guardián

Referral InformationWhom may we thank for referring you to our practice? ¿A quién podemos agradecerle por remitirlo a nuestra práctica? Friend/Amigo(a) Relative/Relativo(a) Dental Office/Oficina Dental Yellow Pages/Páginas Amarillas Newspaper/ Periódico School/Escuela Work/Trabajo

Other/Otro _____

Name of person/office referring you to our practice/Nombre de la persona/oficina que lo refiere a nuestra práctica: _____

Spouse or Responsible Party Information

The following is for/Lo siguiente es para: Patient/Paciente Patient's spouse/Cónyuge del paciente Person responsible for payment/ Responsable del pago

Name/Nombre: _____

Male/Masculino Female/Femenino Married/Casado Single/Soltero(a) Child/Nino Other/Otro

Social Security #/# de Seguro Social: _____ Birth Date/Fecha de nacimiento: _____

Phone/Teléfono (Home/Casa): _____ Cell/Celular: _____

(Work/Trabajo): _____ Ext: _____ Best time to call/Mejor momento para llamar: _____

Address/Dirección: _____

Street/Calle

Apartment Number/Numero de Apartamento

City/Cuidad

State/Estado

Zip Code/Código Postal

Employment Information

The following is for/Lo siguiente es para: Patient/Paciente Patient's spouse/Cónyuge Del paciente Person responsible for payment/ Responsable del pago

Employer Name/Nombre de Empleador: _____ Occupation/Ocupación: _____

Address/Dirección: _____

Street/Calle

City/Cuidad

State/Estado

Zip Code/Código Postal

Insurance Information

Primary/Primario

Name of Insured/ Nombre Del Asegurador: _____

First/Nombre

Last/Apellido

MI

Is insured a patient? ¿El asegurado es un paciente? Yes No ID #: _____ Group #/# de Grupo: _____

Insured's Birth Date/Fecha de nacimiento Del asegurado: _____

Insured's Address/Dirección Del Asegurado: _____

Street/Calle

City/Cuidad

State/Estado

Zip Code/Código Postal

Insured's Employer Name/Nombre del empleador del asegurado: _____

Address/Dirección: _____

Street/Calle

City/Cuidad

State/Estado

Zip Code/Código Postal

Patient's relationship to insured/ Relación del paciente con el asegurado: _____

Insurance Plan Name /Nombre del plan de seguro: _____

Secondary/Secundaria

Name of Insured/ Nombre Del Asegurador: _____

First/Nombre

Last/Apellido

MI

Is insured a patient? ¿El asegurado es un paciente? Yes No ID #: _____ Group #/# de Grupo: _____

Insured's Birth Date/Fecha de nacimiento Del asegurado: _____

Insured's Address/Dirección Del Asegurado: _____

Street/Calle

City/Cuidad

State/Estado

Zip Code/Código Postal

Insured's Employer Name/Nombre del empleador Del asegurado: _____

Address/Dirección: _____

Street/Calle

City/Cuidad

State/Estado

Zip Code/Código Postal

Patient's relationship to insured/ Relación del paciente con el asegurado: _____

Insurance Plan Name/Nombre del plan de seguro: _____

Consent for Services

- As a condition of your treatment by this office, financial arrangements must be made in advance. The practice depends upon reimbursement from the patients for the costs incurred in their care and financial responsibility on the part of each patient must be determined before treatment. (Como una condición de su tratamiento por esta oficina, los arreglos financieros deben hacerse por adelantado. La práctica depende del reembolso de los pacientes por los costos incurridos en su cuidado y la responsabilidad financiera de cada paciente debe determinarse antes del tratamiento.)
- All emergency dental services, or any dental services performed without previous financial arrangements, must be paid for in cash at the time services are performed. (Todos los servicios dentales de emergencia, o cualquier servicio dental realizado sin acuerdos financieros previos, deben pagarse en efectivo en el momento en que se realizan los servicios.)
- Patients who carry dental insurance understand that all dental services furnished are charged directly to the patient and that he or she is personally responsible for payment of all dental services. This office will help prepare the patients insurance forms or assist in making collections from insurance companies and will credit any such collections to the patient's account. However, this dental office cannot render services on the assumption that our charges will be paid by an insurance Company. (Los pacientes que tienen seguro dental entienden que todos los servicios dentales proporcionados se cargan directamente al paciente y que él o ella es personalmente responsable del pago de todos los servicios dentales. Esta oficina ayudará a preparar los formularios de seguro de los pacientes o ayudará a realizar cobros de las compañías de seguros y acreditará dichos cobros a la cuenta del paciente. Sin embargo, este consultorio dental no puede prestar servicios en el supuesto de que nuestros cargos serán pagados por una compañía de seguros.)
- A service charge of 1½% per month (18% per annum) on the unpaid balance will be charged on all accounts exceeding 60 days, unless previously written financial arrangements are satisfied. (Se cobrará un cargo de servicio de 1½% por mes (18% por año) sobre el saldo impago en todas las cuentas que excedan los 60 días, a menos que se cumplan los acuerdos financieros escritos previamente.)
- I understand that the fee estimate listed for this dental care can only be extended for a period of six months from the date of the patient examination. (Entiendo que la tarifa estimada para esta atención dental solo puede extenderse por un período de seis meses a partir de la fecha del examen del paciente.)
- In consideration for the professional services rendered to me, or at my request, by the Doctor, I agree to pay therefore the reasonable value of said services to said Doctor, or his assignee, at the time said services are rendered, or within five (5) days of billing if credit shall be extended. I further agree that the reasonable value of said services shall be as billed unless objected to, by me, in writing, within the time for payment thereof. I further agree that a waiver of any breach of any time or condition hereunder shall not constitute a waiver of any further term or condition and I further agree to pay all costs and reasonable attorney fees if suit be instituted hereunder. (Como contraprestación por los servicios profesionales que me prestó, o cuando lo solicite el médico, acepto pagar el valor razonable de dichos servicios a dicho médico o su cesionario, en el momento en que se presten dichos servicios, o dentro de los cinco (5) días de facturación en caso de prórroga. Además, acepto que el valor razonable de dichos servicios será el que se facturará, a menos que yo lo haya presentado por escrito, dentro del plazo para el pago de los mismos. Además, estoy de acuerdo en que la renuncia a cualquier infracción de cualquier momento o condición en este documento no constituirá una renuncia a ningún otro término o condición, y estoy de acuerdo en pagar todos los costos y honorarios razonables de los abogados si se establece una demanda en este documento.)
- I grant my permission to you or your assignee, to telephone me at home or at my work to discuss matters related to this form. (Le otorgo mi permiso a usted o a su cesionario, para que me llame por teléfono a casa o en mi trabajo para discutir asuntos relacionados con este formulario.)
- I have read the above conditions of treatment and payment and agree to their content. (He leído las condiciones anteriores de tratamiento y pago y acepto su contenido.)

Date/Fecha: _____ Relationship/Relación: _____

Signature of patient, parent or guardian/ Firma de paciente, padre, o guardián