****

**RDA:**

**Dr. Wellington Tejeda, DMD**

**PATIENT INFORMATION- *Información del Paciente***

**Patient’s Name:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Sex: M** **F** **Age:**\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: (**Last/Apellido), (First /Nombre),** (**Middle Initial/Inicial).** Fecha de Nacimiento: Sexo: Edad:

**Marital Status:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Social Security #:** \_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_ **Driver’s License #:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado Civil: Numero de Seguro Social: Numero de Licencia de Conducir:

**Address:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Direccion: (**House #/ # Casa)** (**Street Name/Nombre de la Calle)** (**Apt #/ # Apt)** (**City/ Ciudad)**  (**State/ Estado)** (**Zip Code/Codigo Postal)**

**Home Phone:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Cell Phone:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Email Address:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Teléfono de la casa: # de Celular: : Dirección de Correo Electrónico:

**Employer (or School) :**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Work Phone:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Ext:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Empleador (o Escuela): # de Teléfono de Trabajo: Extensión:

**Occupation:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Race:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Ethnicity:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Language Preference**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ocupación: Raza Etnicidad/Lugar de procedencia Lenguaje de Preferencia:

**If the patient is a MINOR, please tell us patient’s parent or legal guardian’s name:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Si el paciente es menor de edad, quien el padre o tutor encargado?:

**In case of EMERGENCY, notify**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Phone #:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En caso de una EMERGENCIA, notifica a: # de Teléfono:

**Who may we thank for referring you to our office for care?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿A quién le agradecemos por haberle referido a nuestra oficina para su cuidado dental?

**Has any member of your family been to our office?  Yes  No**

¿Algún miembro de su familia ha visitado nuestra oficina anteriormente?

**DENTAL INSURANCE INFORMATION- *Información de Seguro Dental***

**Name of Ins. Company:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Group #:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Member ID #** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Seguro Dental: # de Grupo: # de Miembro:

**Name of Insured Person:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Date of Birth:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Social Security #** \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Nombre de Persona Asegurada: Fecha de Nacimiento: # de Seguro Social:

**Relationship to Patient:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Place of Employment:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación al Paciente: Lugar de Empleo:

**CONSENT FOR RELEASE HEALTH INFORMATION- *Hoja de Consentimiento Sobre su Informacion de Salud***

I understand that I have certain rights to privacy regarding my protected health information. The rights are given to me under the Health Insurance Portability Act of 1996 (HIPAA). I understand that by signing this consent I authorize you to use and disclose my protected health information to carry out:

* Treatment (including direct or indirect treatment by other healthcare providers involved in treatment.
* Obtaining payment from third party payers. (e.g. my insurance company)
* The day-to-day healthcare operations of your practice.

I have also been informed, of, and give the right to review and secure a copy of your Notice of Privacy Practices, which contains a more complete description of the used and disclosures of my protected health information, and my rights under HIPAA.

Yo entiendo que tengo ciertos derechos a la privacidad en relación a mi información de salud. Estos derechos se me han otorgado bajo el “ Health Insurance Portability Act” de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento yo les autorizo a usar y divulgar mi información de salud para llevar a cabo lo siguiente.

* Tratamiento (incluyendo tratamiento directo o indirecto que realice otro proveedor de cuidado de la salud envuelto en mi tratamiento).
* Obtener pago de terceros (ej. Mi compañía aseguradora)
* Las operaciones diarias de la práctica del cuidado de salud.

Yo también he sido informado de, y me han dado el derecho de revisar y recibir una copia de sus Notas de Privacidad de la Practica, que contiene una descripción más completa de los usos y divulgación de mi información de salud protegida, y mis derechos bajo HIPAA.

**Signature of Responsible Party**

Firma de la Parte Encargada

**x**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Self** **Mother/Father Legal Guardian Power of Attorney** **Printed Name Date**

Mismo(a) Madre/Padre Tutor Encargado Apoderado Legal Escriba su Nombre en Letra de Molde: Fecha:

If signing on behalf of a minor or under power of attorney, please provide the following information:

**Name\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Date of Birthday\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Relationship\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**OFFICE POLICIES- *Pólizas de la Oficina***

**METHODS OF PAYMENT**

**All dental treatments are PAID BEFORE seeing doctor**. We accept cash, money orders, debit cards, and credit cards such as **VISA**, **MASTER CARD**, and **DISCOVER**. As of December 1, 2008 we are not accepting personal checks. Our office charges a *$ 50.00* fee for each check returned by your financial institution. We also offer financing options for treatment plans costs exceeding $ 1,000.00.

**DENTAL INSURANCE**

**Your** **dental insurance policy** is a **contract** between **you** and your **insurance company**. It is impossible for us to know every insurance policy plan. It is your responsibility to know your benefits and keep track of your coverage. **We require you to notify us of any changes in your insurance benefits at least 48 hours prior to your appointment.** Failure to do so may result in out-of-pockets expenses to you.

Our fees reflect our excellent level of care. They are fair and reflect our high dental standards. Your insurance is a benefit meant to supplement your dental treatment needs. Please be aware that not all insurance companies cover all procedures. All estimated co-payments and deductibles are due at the time services are rendered. Any balance not paid by the insurance company within SIXTY (60) days of the date of service, will become the responsibility of the patient or legal guardian. Any patient without insurance must pay in full when services are rendered. We reserve the right to submit any unresolved account balance over 90 days old to a credit reporting agency (Equifax). Please not that we do not bill secondary dental insurance of handle any type of third party billing.

**APPOINTMENTS**

We require at least **24-48 hours** notice to cancel or reschedule an appointment. Failure to provide notice will result in a **$ 45.00 broken appointment fee**. We attempt to reach all patients as a courtesy to confirm appointments, but it is ultimately your responsibility to remember the appointment you have reserved. Patients arriving **15 or more minutes late** after their scheduled appointment time are subject to rescheduling in consideration to our patient’s and dental staff.

**DUPLICATION (COPY) OF RECORDS AND X-RAYS**

In order to receive copy of x-rays and records we require for you to notify **3-5 business days**. There is a duplication fee of **$ 10.00** for records or x-rays.

**MINOR AGE PATIENTS**

For the safety of all parties involved, **no minor children** **(under the age of 18)** will be seen for treatment unless a legal guardian or parent is present in the office, or the office has a signed release form on file in the minor patient’s chart. **No exceptions**.

**\*\*\*I have thoroughly read and understand the office policies and final procedures and agree to the terms.\*\*\***

**Signature of Responsible Party**

Firma de la Persona Encargada

**X**

**Self**  **Mother/Father Legal Guardian Power of Attorney**

Mismo Madre/Padre Tutor Encargado Apoderado Legal

**METODOS DE PAGO**

**Todos los tratamientos dentales DEBEN PAGARSE antes de ver al doctor para tratamiento.** Los métodos de pagos aceptados son en efectivo, money orders, tarjetas de débito, y tarjetas de crédito como **VISA**, **MASTER CARD** y **DISCOVER**. Desde Diciembre 1, 2008 nuestra oficina no acepta cheques personales. Nuestra oficina carga *$ 50.00* por cada cheque devuelto por su institución financiera. Ofrecemos opciones de financiamiento para tratamientos dentales que excedan $ 1,000.00.

**SEGURO DENTAL**

**Su póliza de seguro dental** es un **contrato** entre **usted** y su **compañía aseguradora**. Es imposible para nosotros saber o conocer todos los beneficios dentales de todas compañías aseguradoras. Es su responsabilidad conocer sus beneficios y mantener record de su cobertura. **Se requiere que usted nos notifique 48 horas antes de su cita si hay algún cambio en su seguro dental**. Si usted falla en hacerlo, resultara en que usted deberá pagar todos los costos de su visita de su bolsillo.

Nuestros precios reflejan nuestro excelente nivel de cuidado dental. Son justos y reflejan nuestros altos estándares de cuidado dental. Los beneficios que su aseguradora le ofrece sirven para suplementar los tratamientos dentales que usted necesite. Por favor recuerde que no todas las aseguradoras dentales cubren el costo de todos los procedimientos necesitados. Todos los co-pagos estimados o deducibles deben pagarse al momento de recibir servicio. Cualquier balance que su compañía de seguro no haya pagado en 60 días después de la fecha en que se le brindo servicio, se convertirá en la responsabilidad del paciente. Cualquier paciente que no tenga seguro tendrá que pagar su tratamiento completo antes que se le brinde servicio. Nos reservamos el derecho de someter cualquier cuenta que tenga un balance pendiente de más de 90 días a una agencia de crédito (Equifax). Por favor, note que nosotros no mandamos cobros a aseguranzas secundarias ni manejamos ningún tipo de cobro a terceras partes.

**CITAS RESERVADAS**

Requerimos que nos notifique con **24-48 horas** de anticipación si necesita cancelar o hacer un cambio en su cita reservada. Si usted falla en notificarnos resultará en un cobro de **$ 45.00** por **cargos** de **cancelación**. Nosotros regularmente intentamos llamar a nuestros pacientes como cortesía a recordar sus citas reservadas, pero es su responsabilidad recordar la cita que usted ha reservado. Todo paciente que llegue **15 minutos o más** después de su cita está sujeto a cambiar de fecha o hacer otra cita en consideración a nuestras pacientes y personal dental.

**DUPLICACION (COPIAS) DE EXPEDIENTES O RADIOGRAFIAS**

Para obtener copias de su expediente dental o radiografías requerimos que se nos notifique **3-5 días laborales**. Hay un cargo por la copia del expediente o radiografías de **$ 10.00**.

**PACIENTES MENORES DE EDAD**

Por la seguridad de todas las partes involucradas, **ningún menor de 18 años se atenderá** o se le brindara tratamiento a menos que su tutor o padre este presente, o que en el expediente haya una forma de relevo de responsabilidad firmada por el padre o tutor del paciente. **No habrá excepciones**.

**\*\*\*He leído completamente y entiendo las pólizas y procesos financieros y estoy de acuerdo con estos términos.\*\*\***

**Date**

Fecha:

**MEDICAL HISTORY- *Historial Medico***

**Physician’s Name:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Physician’s Phone #:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de su Medico: # de Teléfono de su Medico:

**Physician’s Address:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Pharmacy Name/#:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Direccion de su Medico: Nombre y # Telefono de su Farmacia:

**Are you taking any medications, pills or drugs?  Yes  No If yes, please list:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está tomando algún medicamento, pastilla o droga? (Si) (No) Si es afirmativo, por favor mencionelos:

**Have you ever had an operation?** **** **Yes** **No If Yes, Describe:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna operación? (Si) (No) Si, ha tenido alguna describa:

**Please check *Yes* or *No* if you have had any of the following:** *(If* ***YES*** *to any of the \*stared conditions, please call prior to your appointment- Premed may be required)* Por favor marque **Si** o **No** si usted presenta o ha tenido alguna de estas condiciones : *(Si marco* ***SI*** *a alguna de las condiciones medicas que tiene un \*, llame antes de su cita. Premedicación puede ser requerida)*

**YES** (SI) **NO (No) YES** (SI) **NO YES** (SI) **NO**

  **Heart Trouble Disease**    **Blood Disease**   **Tuberculosis**

Enfermedad de Corazón Enfermedad en la Sangre Tuberculosis

  **Heart Stent \***   **Hemophilia**   **Cancer, Tumors**

Stent en el Corazon \* Hemofilia Cancer, Tumores

  **Heart Murmur \***   **Anemia**   **Radiation Therapy**

Soplo en el Corazón \* Anemia Terapia de Radiación

  **Bacterial Endocarditis**   **Excessive Bleeding**   **Chemotheraphy**

Endocarditis Bacterial Sangra Excesivamente Quimioterapia

  **Irregular Heartbeat**   **Recent Blood Transfusion**   **Diabetes**

Ritmo Cardiaco Irregular Transfusión de Sangre Reciente Diabetes

  **Angina/Chest Pain**   **Leukemia**   **Ulcers**

Angina/ Dolores de Pecho Leucemia Ulceras

  **Heart Attack \_\_\_\_\_ Year**   **Lung Disease**   **Stomach/Intestinal Disease**

Ataque al Corazón Año Enfermedad en los Pulmones Enfermedad del Estomago/ Intestinos

  **Congenital Heart Disorder**   **Breathing Problems**   **Hypoglycemia**

Desordenes Congénitos de Corazón Problemas de Respiración Hipoglicemia

  **Mitral Valve Prolapse \***   **Shortness of Breath**   **Liver Disease**

Prolapso de la Válvula Mitral Se le Acorta la Respiración Enfermedad en el Hígado

  **Rheumatic Fever \***   **Frequent Cough**   **Kidney Problems**

Fiebre Reumática \* Tos Frecuente Problemas en los Riñones

  **Artificial Heart Valve \***   **Hay Fever/ Allergies**   **Yellow Jaundice**

Válvula del Corazón Artificial \* Alergia Ictericia Amarilla

  **Heart Pacemaker \***   **Sinus Trouble**   **Thyroid Disease**

Marcapaso \* Sinusitis Enfermedad de la Tiroides

  **Heart Surgery**    **Asthma**    **Arthritis**

Cirugia de Corazon Asma Artritis

  **High Blood Pressure**   **Fever Blisters**   **Gout**

Presión Alta Ronchas causadas por Fiebre Gota

  **Low Blood Pressure**   **ADD/ADHD**   **Rheumatism**

Presión Baja DDA/DDAH Reumatismo

  **Alcoholism**   **Hepatitis A & C (Infectiuos)**   **Artificial Joints \*(**Knee, Hip)

Abuso de Alcohol Hepatitis A y C (Infecciosa) Coyunturas Artificiales \* (Rodilla, Cadera)

  **Drug Addiction**   **Hepatitis B**   **Osteoporosis**

Adición a la Droga Hepatitis B Osteoporosis

  **Smoker**   **Hepatitis C**   **Venereal Disease**

Fumador Hepatitis C Enfermedades Venéreas

  **Depression**   **Seizures**    **AIDS**

Depresion Epilepsia Sida

  **Pregnant \_\_\_\_ Months**   **Psychiatric Problems**   **HIV Positive**

Embarazada ¿Cuantos Meses? Problemas Psiquiatricos VIH Positivo

  **Taking Oral Contraceptives**   **Renal Dialysis**   **Herpes**

Tomando Anticonceptivos Diálisis Renal Herpes

 **Snoring, Sleep Anea**  **Genital Herpes**

Ronquidos/ Apnea Del Sueño Herpes Genital

**Do you have any other serious illness not check above? Describe:** ¿Tiene alguna otra condición médica seria que no haya mencionado? Describa: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Do you wish to talk to the dentist privately about any problem?**  **Yes**  **No**

¿Desea hablar con el/ la dentista en privado sobre algún problema? (Si) (No)

**Are you allergic to any of these medications, anesthetics, or substances?** **Aspirin**/ Aspirina **Penicillin**/ Penicilina **Codeine**/Codeina

¿Es usted alérgico a alguno de estos, medicamentos, anestesia, o substancia?

**Metal**/Metal **Latex Rubber**/Latex **Anesthetic**/Anestesia **Acrylic**/Acrilico **Other, Specify:**/Otro, Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



**\*\*\*To the best of my knowledge, all the given answers are correct. I am responsible to notify the Doctor or Dental Staff of any changes in my medical history or medications in my next appointment.** *Según mi conocimiento, todas las contestaciones ofrecidas son correctas. Yo soy responsable de notificar al Doctor o Staff si hay algún cambio en mi historial médico o medicamentos en mi próxima cita.\*\*\**

**x**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Patient, or Legal Guardian’s Signature Date Reviewed by Doctor Date**

Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal: Fecha: Firma del Doctor: Fecha:



**DENTAL HISTORY- *Historial Dental***

**Patient Name\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Last (Apellido) First (Nombre) Middle Initial (Inicial 2do Nombre) Fecha de nacimiento Fecha de hoy:

**Date of Last Dental Exam:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Date of Full Mouth X-Ray:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Where Taken:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de su ultimo examen dental: Fecha en la que se le tomo los últimos Rayos-X de toda su boca: Donde fueron tomados:

**Date of your last cleaning:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Reason for Today’s Visit:**  **Examination**  **Emergency**  **Other:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de su Ultima Limpieza: Razón de su Visita Hoy: Examen Emergencia Otra Razón:

**Please check *Yes* or *No* to all of the following questions regarding your dental health:** Por favor marque ***Si*** o ***No***a todas las siguientes preguntas relacionadas a su salud dental:

**YES** (SI) **NO (No) Describe:**/Describa:

**1) Do you have a specific dental problem?**   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene algún problema dental en específico?

**2) Have you had dental procedures**    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**done in the past? If Yes, what types?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Se ha hecho procedimientos dentales en el pasado? ¿Si, ***SI*** cuales tipos?

**3) Have you ever had any trouble from**   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**previous dental care?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha tenido algún problema con algún tratamiento dental previo?

**4) Are your teeth sensitive to: (Cold, Hot,**   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sweet, Chewing)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sus dientes son sensibles al: (Frio, Calor, Dulce, o a Masticar)

**5) Do you have pain in your jaw or near**   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**your ears?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Siente dolor en su mandíbula o cerca de sus oídos?

**6) Have you ever had a toothache or a**    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**fractured (broken) tooth?**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha tenido dolor en sus dientes o se le ha fracturado alguno?

**7) Have you ever had periodontal problems?**   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Anteriormente ha tenido usted problemas periodontales?

**8) Does loss of teeth run in your family?**   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿La perdida de dientes, es común en su familia?

**9) Have you seen any sores or growths**   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**in your mouth?**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha notado alguna roncha o crecimiento en su boca?

**10) Have you ever had Novocain,**    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nitrous Oxide or local anesthetic?**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Alguna vez le han puesto Novocaína, Oxido Nitroso u otra clase de anestesia?

**11) Have you experienced a reaction to**   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**any specific type of anesthesia mentioned?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha experimentado alguna reacción con algún tipo de anestesias mencionadas?

**12) Do your gums bleed when brushing?**   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Sus encías sangran cuando se cepilla?

**13) Do you feel you have bad taste in**   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**your mouth or mouth odor?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Siente mal sabor o mal olor en su boca?

**14) Do you like your smile? Why?**   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Le gusta su sonrisa? ¿Porque le gusta?

**15) Would you change anything**   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**about your smile? If Yes, what?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cambiaria algo de su sonrisa? ¿Si, SI que cambiaria?

**16) Have your ever had braces?**   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha tenido braces (frenillos)?

**17) Do you have a Denture or Partial?**   **18)How old are they?** \_\_\_\_\_\_\_ **19) Do you like them?** \_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene una Dentadura o Parcial Removible en su boca? ¿Cuanto tiempo tienen ? ¿Le gustan?

**20) Is there any other problem not covered above that you would like to discuss?**

¿Existe algún otro problema o condición que no se haya cubierto anteriormente que usted quisiera discutir? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*\*The above information is accurate and complete to the best of my knowledge. I will not hold my dentist or any member of his/her dental staff responsible for any errors or omissions that I may have made in the completion of this form. I authorize use of this form on all my insurance submissions and release of information to all my insurance carriers. I also authorize payment directly to Elite Dental of the insurance benefits and authorize the doctor to act as my agent in helping me obtain payment from insurance carriers. I permit a copy of this authorization to be used in place of the original. I understand that I am responsible for all costs that this authorization is irrevocable.\*\*\*

**x\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Patient, or Legal Guardian’s Signature Date**

Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal: Fecha 

\*\*\*La información ofrecida anteriormente es correcta y completa, según mi conocimiento. No hago responsable al Dentista, ni ningún miembro de su personal dental de omisiones o errores que yo haya cometido al completar esta forma. Autorizo el uso de esta forma para todo lo que se someta a mi compañía aseguradora y a revelar información a todos mis proveedores de seguro. Además, autorizo el pago directo de los beneficios de mi compañía aseguradora a Elite Dental y autorizo a mi doctor a actuar como mi representante a ayudarme a conseguir el pago de otros proveedores de seguros. Autorizo a que una copia de esta autorización se utilice en lugar de la original. Entiendo que yo soy responsable y que esta autorización es irrevocable.\*\*\*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Reviewed by Doctor** **Date**

Firma del Doctor Fecha