

PLEASE COMPLETE FULLY/POR FAVOR LLENE TODOS LOS ESPACIOS

PLEASE PRINT/ESCRIBA EN LETRAS MAYUSCULAS

CHART NO. _____

LAST NAME OF PATIENT APELLIDO DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> MR./SR. <input type="checkbox"/> MRS./SRA. <input type="checkbox"/> MISS/STRA.	FIRST NOMBRE	MIDDLE INITIAL INICIAL	<input type="checkbox"/> MARRIED/CASADO(A) <input type="checkbox"/> SINGLE/SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCED/DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> WIDOWED/VIUDO(A)	TELEPHONE TELEFONO
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------	---------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------

HOME ADDRESS OF PATIENT DOMICILIO DEL PACIENTE	CITY CIUDAD	ZIP ZONA POSTAL	OCCUPATION OF PATIENT OCUPACION DEL PACIENTE	BIRTHDATE FECHA DE NACIMIENTO	AGE EDAD
---------------------------------------------------	----------------	--------------------	-------------------------------------------------	----------------------------------	-------------

EMPLOYER PATRON	ADDRESS DOMICILIO	CITY CIUDAD	ZIP ZONA POSTAL	TELEPHONE AT WORK TELEFONO DEL TRABAJO
--------------------	----------------------	----------------	--------------------	-------------------------------------------

SPOUSE'S EMPLOYER PATRON DE ESPOSO(A)	ADDRESS DOMICILIO	CITY CIUDAD	ZIP ZONA POSTAL	TELEPHONE AT WORK TELEFONO DEL TRABAJO
------------------------------------------	----------------------	----------------	--------------------	-------------------------------------------

DO YOU OR ANY MEMBER OF YOUR FAMILY PARTICIPATE IN A DENTAL PLAN? YES NO
 ¿PARTICIPA USTED O ALGUN MIEMBRO DE SU FAMILIA EN UN PLAN DENTAL? SI NO

WHICH PLAN? GROUP NO. DATE EMPLOYED
 ¿QUE PLAN? _____ GRUPO NO. _____ FECHA EN QUE FUE EMPLEADO _____

INSURED MEMBER'S SOCIAL SECURITY NUMBER LOCAL NUMBER NO. OF DEPENDENTS
 NO. DE DEGURO SOCIAL DEL MIEMBROS ASEGURADOS NO. DE LA LOCAL NO. DE DEPENDENTES

DO YOU OR YOUR SPOUSE HAVE ANY OTHER DENTAL PLAN? YES NO
 ¿TIENE USTED O SU ESPOSO(A) ALGUN OTRO PLAN DENTAL? SI NO

HOW LONG SINCE YOUR LAST VISIT TO A DENTIST? DID YOU HAVE ANY PROBLEMS? YES NO
 ¿CUANTO TIEMPO HACE QUE HIZO LA ULTIMA VISITA A UN DESTISTA? TUVO ALGUN PROBLEMA SI NO

WHY ARE YOU HERE TODAY?
 ¿POR QUE HA VENIDO USTED HOY?

TOOTHACHE? ESTIMATE? CHECKUP? ¿DOLOR DE DIENTES? ¿PRESUPUESTO? ¿REVISACION?

MEDICAL HISTORY OF PATIENT - HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Please check yes or no for each question / Marque si o no para cada pregunta.

	YES/SI	NO		YES/SI	NO
Are you in good health? ¿Tiene Ud buena salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Have you ever had the following illnesses? ¿Alguna vez a tenido alguna de las siguientes enfermedades?		
Have you ever been hospitalized? ¿Estuvo hospitalizado algun tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergies/Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are you under a physician's care now? ¿Esta actualmente bajo el cuidado de un medico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma/Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If so, please give reason for treatment: En caso afirmative, indique la razon del tratamiento:			Tuberculosis/Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physician's Name Nombre del medico _____			Anemia/Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telephone / Telefono _____			Rheumatic Fever/Fiebre Reumatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
What medication are you taking at this time? ¿Cuales medicamentos esta tomando actualmente?			Liver Trouble/Del Hgado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are you subject to any nervous disorders, dizzy spells or fainting? ¿Tiene desordenes nerviosos, mareos, o desmayos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes/Diabetis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you ever had trouble with prolonged bleeding? ¿Ha tenido alguna vez problemas de sangrado prolongado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Heart Trouble/Trastornos Del Corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you ever had an unusual reaction to any anesthetic or drug (like penicillin)? / ¿Ha tenido alguna vez reacciones estranas a un anestesico a droga (como la Penicilina)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	High Blood Pressure/Alta presion de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If so, what? / ¿Si es asi, que? _____			Kidney Trouble/Mal de Rinones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are you pregnant? / ¿Esta usted embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jaundice/Jaundic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
How many months? / ¿De cuantos meses? _____			Bad Blood/Sangre Mala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are you nursing? / ¿Esta dando pecho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis/Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Venereal Disease/Enfermedad Venerea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Artificial Joints or Pacemaker/ Alguna articulacion artificial o marcapasas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)/ Acquired Immuno-Deficiency Syndrome (AIDS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			H.I.V./S.I.D.A.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Other/Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Are you sensitive to any Metal or Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Have you taken the drugs Fenfluramine/ Fenfluramine combined with Phentermine (fen-phen) or Desfenfluramine (redux) or other weight loss product?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you have any disease, condition or problem not listed above? / ¿Tiene usted alguna enfremedad condicion fisico o algun problema no indicado anteriormente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
If yes, explain. / Si es asi, explique. _____					

Permission is granted to perform necessary treatment for child patient. / Autorizo el tratamiento necesario para el nino(a).

I, the undersigned, shall be responsible for the payment of charges incurred for all services rendered.
 Yo, el firmante, sera responsable del pago de los servicios rendidos.

I, the undersigned, shall be responsible for the payment of charges incurred in excess of existing insurance coverage.
 Yo, el firmante, sera responsable del pago no cubierto por el seguro.

Date _____ Signature of Patient, Parent or Guardian
 Fecha _____ Firma del Paciente, Padre o Custidio _____

Recall Date _____ Any changes in medical history? Yes No Signature
 Fecha _____ ¿A tenido un cambio en su historia medica? Si No Firma _____

Recall Date _____ Any changes in medical history? Yes No Signature
 Fecha _____ ¿A tenido un cambio en su historia medica? Si No Firma _____