



Patient Name:

Ethnicity:

Primary Language:

CONFIDENTIAL INFORMATION

Please list the family members (or others persons), if any, with whom we may discuss your dental treatment and/or diagnosis:

Name: _____ Phone: _____ Cell Home Work

Name: _____ Phone: _____ Cell Home Work

Name: _____ Phone: _____ Cell Home Work

May we contact them about your dental treatment and/or diagnosis in an emergency? No Yes

DENTAL HISTORY

Are you having any pain or sensitivity at this time (or recently)? No Yes, Please Explain:

Do you have any dental problems right now that you are aware of? No Yes, Please Explain:

Are you, or do you think may, be pregnant? No Yes

MEDICAL HISTORY

Are you being treated by a physician now? No Yes Reason: _____

Taking any medications? No Yes Identify: _____

Allergic to any medications? No Yes Identify: _____

Allergic to metals? No Yes Identify: _____

Any recent serious illnesses? No Yes Identify: _____

Have you ever had any major surgery? No Yes Identify: _____

Please **CHECK** any of the following which you have had (or have at present)

- Heart Trouble
- Stroke
- High Blood Pressure
- Diabetes
- Rheumatic Fever
- Kidney/Liver Disorder
- Eye Disorder
- Tumors/Growths Prolonged
- Bleeding
- Tuberculosis
- Asthma
- Epilepsy
- Hepatitis
- AIDS (HIV+)
- Venereal Disease
- Arthritis
- Allergic to Anesthetic
- Smoking or Chewing
- Thyroid Condition
- Stomach/Intestinal Problems
- Birth Control Pills
- Heart Murmur
- Artificial Heart Valve
- Ulcers
- Latex Sensitivity
- Cold Sores/Fever Blisters
- Fainting or Dizzy Spells
- Bruise Easily
- Psychiatric/Psychological Care

Are there any other medical problems that we should be aware of? No Yes, Please explain

X _____
Signature Name Date

PRIVACY PRACTICES

I, _____, have received a copy of the Notice of Privacy Practices. I understand that the purpose of this form is to document that this office has made an effort in helping me be aware of the required privacy practices under the Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996 (HIPAA).

Signature

Print Name

Date

Employee's Name _____ Date _____



Nombre del Paciente _____

Etnicidad: _____

Idioma Principal: _____

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Si puedes darnos una lista de los miembros de la familia (o las personas confiables) con que quieres dar permisión para charlar del tratamiento dental o diagnóstico:

Nombre: _____ Tel: _____ Cell Casa Trab

Nombre: _____ Tel: _____ Cell Casa Trab

Nombre: _____ Tel: _____ Cell Casa Trab

Podemos comunicarnos con ellos acerca de su tratamiento dental y/o diagnostico en caso de emergencia? No Sí

HISTORIA DENTAL

¿Tiene algún dolor o sensibilidad en este momento (o poco)? No es así, explique: _____

¿Tiene algún problema dental ahora que usted está enterado de? No es así, explique: _____

¿Es usted, o cree que puede, estar embarazada? No Sí

HISTORIA MÉDICA

¿Está siendo tratado por un médico? No Sí Razón: _____

¿Tomando algún medicamento? No Sí Identificar: _____

¿Alérgico a algún medicamento? No Sí Identificar: _____

¿Alérgicas a los metales? No Sí Identificar: _____

¿Cualquier enfermedad grave recientemente? No Sí Identificar: _____

¿Alguna vez ha tenido una cirugía mayor? No Sí Identificar: _____

Por favor, **Marque** cualquiera de los siguientes elementos que ha tenido (o tienen en la actualidad)

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca | <input type="checkbox"/> Carrera | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Ojos trastorno | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Sangrado | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> SIDA (VIH+) | <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas | <input type="checkbox"/> Moretones con facilidad |
| <input type="checkbox"/> Alérgica a la anestesia | <input type="checkbox"/> Fumar o Mascar | <input type="checkbox"/> Estado de la tiroides | <input type="checkbox"/> Riñón/Del Hígado trastorno |
| <input type="checkbox"/> Pastillas Anticonceptivas | <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón | <input type="checkbox"/> Válvula cardiaca artificial | <input type="checkbox"/> Los tumores/crecimientos prolongados |
| <input type="checkbox"/> Sensibilidad al latex | <input type="checkbox"/> Herpes labial / ampollas de la fiebre | <input type="checkbox"/> Desmayos o mareos | |
| <input type="checkbox"/> Atención Psiquiátrica / Psicológica | | <input type="checkbox"/> Problemas estomacales / intestinales | |

¿Hay algún otro problema médico que debe tener en cuenta? No es así, explique: _____

X

Firma

Escriba el Nombre

Fecha

PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo _____, he recibido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad. Entiendo que el propósito de esta formulario es documentar que esta oficina ha hecho un esfuerzo para ayudarme a estar al tanto de las Prácticas de Privacidad requerido bajo la Ley de Portabilidad y Reponsibilidad de 1996 (HIPAA).

Firma

Escriba el Nombre

Fecha

Nombre Del Empleado _____ Fecha _____