

# BIENVENIDOS A NUESTRA OFICINA

Welcome to our Practice

Fecha 03/19/2024

## INFORMACION DEL PACIENTE: Patient Information

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

Sexo:  Masculino  Femenino Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Sex Male Female Date of Birth Age Social Security E-mail

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 \_\_\_\_\_ Médico \_\_\_\_\_  
Dentist PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name) Medical Dr. PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name)

Farmacia Preferida \_\_\_\_\_ Tel. ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Preferred Pharmacy Tel.

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

Lugar de 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 \_\_\_\_\_ Tel. ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Name PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name) Social Security Date of Birth Age Tel.

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

Licencia de Conducir Núm. \_\_\_\_\_ Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Driver's Licence Number Employer Business Phone

## 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 Date of Birth

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

Tel. ( \_\_\_\_\_ ) Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
Tel. Employer Business Phone

## 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 Widow Single Legally Separated

**Empleado(a):** .....  Tiempo completo  Tiempo parcial  Retirado(a)  No ..... ¿Pertence 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

## COMPAÑÍA DE SEGURO PRIMARIO: Primary Insurance Information

**Seguro de tipo:**  Dental  Médico  
Insurance Type: Dental Medical

Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_  
Employer

Dirección del Trabajo \_\_\_\_\_ CIUDAD (City) ESTADO (St.) CÓDIGO PO. (Zip)  
Business Address DIRECCIÓN (Address) CIUDAD (City) ESTADO (St.) CÓDIGO PO. (Zip)

Tel. del Trabajo( \_\_\_\_\_ ) Plan \_\_\_\_\_  
Bus. Tel. Plan

Nombre de la Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ I.D. # \_\_\_\_\_  
Insurance Company Name I.D. #

Dirección \_\_\_\_\_ CIUDAD (City)  
DIRECCIÓN (Address) CIUDAD (City)

ESTADO (State) \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL (Zip) \_\_\_\_\_ Tel. ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
ESTADO (State) CÓDIGO POSTAL (Zip) Tel.

Grupo Núm. \_\_\_\_\_ Nombre del Grupo \_\_\_\_\_  
Group Number Group Name

Persona Asegurada \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Insured party PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name) Relation

Sexo:  M  F Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_  
Sex M F Date of birth Social security number

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Address City

Estado, Código Postal \_\_\_\_\_ Tel. ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
State, Zip State, Zip Tel.

## COMPAÑÍA DE SEGURO SECUNDARIO: Secondary Insurance Information

**Seguro de tipo:**  Dental  Médico  
Insurance Type: Dental Medical

Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_  
Employer

Dirección del Trabajo \_\_\_\_\_ CIUDAD (City) ESTADO (St.) CÓDIGO PO. (Zip)  
Business Address DIRECCIÓN (Address) CIUDAD (City) ESTADO (St.) CÓDIGO PO. (Zip)

Tel. del Trabajo( \_\_\_\_\_ ) Plan \_\_\_\_\_  
Bus. Tel. Plan

Nombre de la Compañía de Seguro \_\_\_\_\_ I.D. # \_\_\_\_\_  
Insurance Company Name I.D. #

Dirección \_\_\_\_\_ CIUDAD (City)  
DIRECCIÓN (Address) CIUDAD (City)

ESTADO (State) \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL (Zip) \_\_\_\_\_ Tel. ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
ESTADO (State) CÓDIGO POSTAL (Zip) Tel.

Grupo Núm. \_\_\_\_\_ Nombre del Grupo \_\_\_\_\_  
Group Number Group Name

Persona Asegurada \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_  
Insured party PRIMER NOMBRE (First Name) APELLIDO (Last Name) Relation

Sexo:  M  F Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Seguro Social \_\_\_\_\_  
Sex M F Date of birth Social security number

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
Address City

Estado, Código Postal \_\_\_\_\_ Tel. ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_  
State, Zip State, Zip Tel.

## INFORMACIÓN DENTAL: Dental Information

Razón de su visita a nuestra oficina \_\_\_\_\_ ¿Tiene usted dolor?  Sí  No, ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
Reason for today's office visit? Are you in pain? Yes No For how long?

**Favor de indicar cualquiera de los siguientes problemas marcando la casilla correspondiente:**

<input type="checkbox"/> Malestar, escucha un "click" ó le truena la mandíbula <small>Discomfort, clicking, or popping in jaw</small>	<input type="checkbox"/> Perdido / roto relleno <small>Lost / broken filling</small>	<input type="checkbox"/> Dientes manchados <small>Stained teeth</small>	<input type="checkbox"/> Dificultad al cerrar mandíbula <small>Difficulty closing jaw</small>
<input type="checkbox"/> Encías rojas, hinchadas y sangrado <small>Red, swollen, or bleeding gums</small>	<input type="checkbox"/> Rechina o aprieta sus dientes <small>Teeth grinding / clenching</small>	<input type="checkbox"/> Bloqueo de la mandíbula <small>Locking jaw</small>	<input type="checkbox"/> Dificultad al abrir mandíbula <small>Difficulty opening jaw</small>
<input type="checkbox"/> Aparato dental removible <small>A removable dental appliance</small>	<input type="checkbox"/> Zumbido en los oídos <small>Ringing in ears</small>	<input type="checkbox"/> Mal aliento <small>Bad breath</small>	<input type="checkbox"/> Dientes flojos <small>Loose / shifting teeth</small>
<input type="checkbox"/> Ampollas / llagas en ó alrededor de la boca <small>Blisters / sores in or around the mouth</small>	<input type="checkbox"/> Diente roto / cuarteado <small>Broken / chipped tooth</small>	<input type="checkbox"/> Lengua ardiente <small>Burning tongue / lips</small>	<input type="checkbox"/> Alimentos atrapados en los dientes <small>Food caught between teeth</small>
<input type="checkbox"/> Sangrado prolongado por lesión / extracción <small>Prolonged bleeding from an injury / extraction</small>	<input type="checkbox"/> Enfermedad de las encías <small>Gum disease</small>	<input type="checkbox"/> Dolor de muelas <small>Toothache</small>	<input type="checkbox"/> Hinchazón / bultos en la boca <small>Swelling / lumps in mouth</small>
<input type="checkbox"/> Infecciones recientes ó dolor de garganta <small>Recent infections or sore throat</small>	<input type="checkbox"/> Otro <small>Other</small>		

Dientes sensibles al:  Calor  Frío  Dulce  Morder  
My teeth are sensitive to Hot Cold Sweets Biting

Fecha del último examen dental \_\_\_\_\_ Últimos rayos X dentales \_\_\_\_\_ ¿Cuántas veces al día se cepilla? \_\_\_\_\_ ¿Cuántas veces a la semana usa hilo dental? \_\_\_\_\_  
Last dental exam Last dental x-rays Times a day you brush? Times a day you floss?

¿Cómo calificaría su sonrisa? (mala) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (buena) ¿Quiere dientes más blancos?  Sí  No  
How would you rate smile? worst best Would you like whiter teeth? Yes No

¿Qué tipo de cerdas usa en su cepillo dental?  Suave  Medio  Duro  
What type of toothbrush bristles do you use? Soft Medium Hard

**HISTORIAL MÉDICO:** Medical History

- ¿Se encuentra usted bien de salud?  Sí  No • Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ • ¿Ha visto al médico recientemente?  Sí  No
- ¿Algun otro doctor ó su dentista previo le ha recomendado el uso de antibióticos antes de su tratamiento dental?  Sí  No
- ¿Ha tenido usted alguna enfermedad, operación, u hospitalización en los últimos cinco años?  Sí  No
- ¿Alguna vez ha tenido anestesia general?  Sí  No • ¿Usted ó algun familiar ha tenido alguna reacción seria ó inusual a la anestesia general?  Sí  No

**¿Tiene ó ha tenido alguna de las siguientes enfermedades, condiciones médicas ó tratamientos?**

- SN**  Fiebre reumática *Rheumatic fever*
- Presión alta *High blood pressure*
- Presión baja *Low blood pressure*
- Válvula mitral prolapxada *Mitral valve prolapse*
- Soplo en el corazón *Heart murmur*
- Dolor de pecho / angina *Chest pain / angina*
- Ataque(s) al corazón *Heart attack(s)*
- Latidos del corazón irregulares *Irreg. heart bt.*
- Marcapasos en el corazón *Cardiac pacemaker*
- Cirugía (operación) del corazón *Heart surgery*
- Válvulas del corazón dañadas *Damage hrt. valve*
- Neumonía / Bronquitis / Tos crónica
- Fatiga crónica / Sudores nocturnos
- Prob. para subir 1-2 pisos con de escaleras
- Anemia
- Asma
- SN**  Problemas de salud mental *Mental health prob.*
- Problemas del sistema inmune
- Cicatrizacion lenta *Delay in healing*
- Fiebre del heno ó sinusitis *Hay fever / sinus prob.*
- Ronquidos *Snoring*
- Apnea del sueño / CPAP
- Problemas respiratorios *Respiratory prob.*
- Tuberculosis
- Enfisema
- ¿Fuma ó vape? cuanto por día \_\_\_\_\_
- Utiliza tabaco para mascar
- Una historia de consumo de marihuana ó drogas
- Ha sido alcohólico
- Sangrado anormal
- Tendencia a sangrar
- Transfusión de sangre
- SN**  Desorden de la sangre *Blood disorder*
- Hinchazón de los tobillos *Ankle problem*
- Enfermedades de los ojos / glaucoma
- Ictericia ó enfermedad del hígado
- Hepatitis
- Problemas de la vesícula
- Desmayos *Fainting spells*
- Convulsiones o epilepsia
- Derrame cerebral *Stroke*
- Problemas de la tiroides
- Diabetes
- Azúcar baja *Low blood sugar*
- ¿Está recibiendo diálisis?
- Problemas con los riñones
- Enfermedades venéreas
- COVID-19
- SN**  Enfermedades contagiosas
- La mononucleosis infecciosa
- Artritis ó enfermedad de las coyunturas
- Implante prótesisico
- Reemplazo de articulación
- Osteoporosis / Osteopenia
- Osteonecrosis
- Úlcera de estómago
- IBS / Colitis
- Tumor
- Cáncer / Radioterapia / Quimioterapia
- Está usted a dieta
- Lentes de contacto

**MEDICAMENTOS & ALERGIAS** Medications & Allergies

**Está usted tomando:** Are you now taking

- SN**  Pastillas para los nervios *Nerve pills*
- Píldoras de dieta *Diet pills*
- SN**  Analgésicos (como la aspirina)
- Tranquilizantes
- SN**  Relajantes musculares *Muscle relaxers*
- Insulina

**Favor de listar cualquier medicamento que está tomando actualmente:** Please list any medications you are currently taking

MEDICAMENTO	DÓSIS	FRECUENCIA	MEDICAMENTO	DÓSIS	FRECUENCIA
<i>Medication</i>	<i>Dosage</i>	<i>Frequency</i>	<i>Medication</i>	<i>Dosage</i>	<i>Frequency</i>

- SN**  Estimulantes
- Antidepressivos
- Anticoagulantes (Coumadin, Aspirina, Eliquis, Xarelto)

Ha tomado alguna vez ó está usted tomando cualquier medicamento para la densidad de hueso, o inhibidores de RANKL, tales como: Denosumab, Fosamax, Boniva, Actonel, IV-Zometa, Aredia, Reclast, Prolia, Xgeva, or Evista en los pasados 12 años.

Have you taken any bone density medications in the last 12 years

**Es usted alérgico ó ha tenido alguna reacción a:** Are you allergic to, or had a reaction to

- SN**  Penicilina *Penicillin*
- Pentatal sódico / Valium / otros tranq.
- Soya
- SN**  Drogas sulfamidas *Sulfa drugs*
- Aspirina
- Huevos / Yema *Eggs / yolk*
- SN**  Anestesia local (med para adormecer)
- Codeína ó otros narcóticos
- Sulfatos *Sulfites*
- SN**  Amoxicilina *Amoxicillin*
- Látex
- Alguna alergia conocida

**Una lista de cualquier otro medicamento o antibiótico es alérgico a:**

MEDICAMENTO / ANTIBIÓTICO	MEDICAMENTO / ANTIBIÓTICO
<i>Medication / Antibiotic</i>	<i>Medication / Antibiotic</i>

**Liste otras distintas alergias a medicamentos:**

List any allergies other than drug allergies

**Preguntas 1-4 abajo sólo para mujeres:** Nota para las mujeres: Los antibióticos (como la penicilina) pueden afectar la efectividad de las píldoras anticonceptivas. Consulte a su médico o ginecólogo sobre otros métodos anticonceptivos adicionales. Antibiotics (such as penicillin) may alter the effectiveness of birth control pills. Consult your physician/gyno for assistance regarding additional methods of birth control

- 1) ¿Existe la posibilidad de estar embarazada?  Sí  No
- 2) Fecha estimada para el parto  Sí  No
- 3) ¿Está lactando?  Sí  No
- 4) ¿Está tomando píldoras anticonceptivas?  Sí  No

Certifico que yo 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** \_\_\_\_\_  
**Firma del paciente (Padre, madre o encargado, si es un menor)**  
Signature of patient (parent or guardian, if minor)

**X** \_\_\_\_\_  
**Revisado Por**  
Reviewed by

**X** \_\_\_\_\_  
**Fecha**  
Date

**HONORARIOS Y PAGOS:** Nosotros hacemos todo lo posible por mantener bajos los procedimientos dentales que le ofrecemos a usted. 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** \_\_\_\_\_  
**Firma del paciente (Padre, madre o encargado, si es un menor)** Signature of patient (parent or guardian, if minor)

**X** \_\_\_\_\_  
**Fecha** 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. This signature on file is my authorization for the release of information necessary to process my claim. I hereby authorize payment to this doctor named of the benefits otherwise payable to me.

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

**X** \_\_\_\_\_  
**Fecha** Date

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** \_\_\_\_\_  
**Firma del paciente (Padre, madre o encargado, si es un menor)** Signature of patient (parent or guardian, if minor)

**X** \_\_\_\_\_  
**Fecha** Date