

BIENVENIDO

Los beneficios de una sonrisa feliz y saludable son infinitos. Nuestra meta es ayudarlo a alcanzar y mantener una salud oral optima. Por favor, rellene este formulario completamente. Mientras mejor nos comuniquemos, mejor podremos cuidar de Usted.

SOBRE USTED

Fecha de hoy: _____

Correo electronico: _____

Nombre: _____

Prefiero que me llamen por: _____ Hombre Mujer

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Edad: _____

#Seguro Social: _____

Direccion de casa: _____

Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

Tel. Casa: (____) _____ Tel. Celular #: _____

Tel. Trabajo: (____) _____ Ext: _____

Patron: _____

¿A quien debemos agradecerle que lo refiriera?

Otros miembros de la familia atendidos por nosotros:

INFORMACION DE EMERGENCIA

Su nombre: _____

Empleador: _____

Tel. Trabajo: (____) _____ Ext: _____

ASEGURANZA

Seguro Primario

¿Plan dental? Si No

Compania de seguros: _____

Direccion: _____

Telefono: (____) _____

de grupo (# de plan, local o poliza): _____

Nombre del asegurado: _____

Relacion: _____

Fecha de nac. del asegurado: ___/___/___

de Seguro Social: _____

Patron del asegurado: _____

Amigo o pariente que no viva con Ud.

Tel. Trabajo: (____) _____ Tel. Casa: (____) _____

Dirección de Facturación: _____

Relacion: _____

HISTORIAL MEDICO

¿Está usted actualmente bajo tratamiento medico?

Si No

Explique: _____

HISTORIAL MEDICO

Su estado actual de salud es: Bueno Pasable Malo

¿Fuma Ud. o utiliza alguna forma de tabaco?

Si No

¿Le han puesto varillas de metal, tornillos o impantes?

Si No

¿Esta tomando alguna medicina con o sin receta?

Si No

Haga una lista de cada una: _____

Para mujeres: Toma Ud. pastillas anticonceptivas?

Si No Semana #: _____

¿Ha tenido Ud. algunas de las siguientes enfermedades o problemas medicos?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| Si No Sangrado anormal/Hemofilia | Si No Herpes/Ampollas de fiebre |
| Si No SIDA | Si No Alta presion |
| Si No Alcohol/abuso de drogas | Si No VIH |
| Si No Anemia | Si No Hospitalizacion |
| Si No Artritis | Si No Problems de los rinones |
| Si No Huesos/coyunturas/valvulas artificiales | Si No Enfermedad del higado |
| Si No Transfucion de sangre | Si No Beja presion |
| Si No Caner/Quimioterapia | Si No Lupus |
| Si No Colitis | Si No Prolapsia de la valvula mitral |
| Si No Defecto congenito del corazon | Si No Marcapasos |
| Si No Diabetes | Si No Problemas psiquiatricos |
| Si No Dificultad respiratoria | Si No Tratamiento de radiacion |
| Si No Emfisema | Si No Fiebre reumatica/escarlata |
| Si No Epilepsia | Si No Convulsiones |
| Si No Desmayos | Si No Varivelas adultas |
| Si No Dolores de cabesa frecuentes | Si No Anemia de celulas falciformes |
| Si No Glaucoma | Si No Problemas de sinusitis |
| Si No Fiebre del heno | Si No Derrame cerebral |
| Si No Ataque cardiaco/cirugia | Si No Problemas de la tiroide |
| Si No Soplo del corazon | Si No Tuberculosis (TB) |
| Si No Hepatitis | Si No Ulceras |
| | Si No Enfermedades venereas |

Haga una lista de cualquier condicion medica seria que tenga/haya tenido:

Es Ud. alergico a cualquiera de las siguientes cosas?

- | | | |
|---------------------------|---------------------|--------------------|
| Si No Aspirina | Si No Eritromicina | Si No Penicilina |
| Si No Codeina | Si No Joyas/metales | Si No Tetraciclina |
| Si No Anestescos dentales | Si No Latex | Si No Otro |

Haga una lista de cualquier otra medicina/material al que sea alergico: _____

HISTORIAL DENTAL

¿Por que vino al dentista hoy? _____

¿Requiere Ud. de antibioticos entes del tratamiento dental? Si No

¿Sufre de dolor en este momento?

Si No

¿Ha tenido Ud. problemas serios/complicaciones asociadas con tradajos dentales previos?

Si No

¿Ha tenido tratamiento para las encías?

Si No

¿Ha sifrado Ud. alguna vez de sensibilidad en las coyunturas de la mandiubula (TMJ/TMD)?

Si No

Su estado actual de salud es: Bueno Pasable Malo

¿Son sus dientes sensibles al calor, frio u otra cosa?

Certifico que la informacion que he proporcionado es hasta donde yo se correcta. Tambien entiendo que esta informacion se mantendra en la mas estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad informarle a esta oficina de cualquier cambio en mi estado medico. Autorizo al personal dental a llevar a cado cualquier servicio dental que sea necesario durante el diagnostico y tratamiento, con mi consentimiento.

Firma

Fecha

El pago es debido en su totalidad al momento del tratamiento a menos que hayan sido aprobados los acuerdos anteriores.

Si esta oficina acepta el seguro, yo entiendo que soy responsable por el pago de los servicios prestados, así como el responsable de pagar cualquier co-pago y deducibles que mi seguro no cubre. Por la presente autorizo el pago directamente a la oficina dental de los beneficios de seguro de grupo de otro modo pagadero a mí. Yo entiendo que soy responsable de todos los costos del tratamiento dental. Autorizo la entrega de cualquier información, incluyendo el diagnóstico y registros de tratamiento o examen rendido, a mi compañía de seguros.

Firma

Fecha

GENERAL CONSENT FOR DENTAL TREATMENT

We are required to obtain your consent for the proposed dental treatment or oral surgery. Please read this form carefully, and we encourage you to ask us anything that you do not understand. We will be glad to explain it to you.

I hereby authorize and direct B.R. Dental Care and its staff to perform upon me or my child, _____, the following dental treatment or oral surgical procedures including the necessary or advisable local anesthesia, radiographs, or diagnostic aids.

In general terms, the dental procedures may include one or a number of the following:

- Cleaning of teeth and application of topical fluoride
- Treatment of periodontal disease with deep cleaning, gum surgery, and bone/soft tissue grafting
- Application of sealants to the grooves of teeth
- Treatment of diseased or injured teeth with dental restorations, either amalgam (silver) or composite (white)
- Stainless steel crowns for children, which are necessary in cases where simple fillings would not be the best long term restoration or in cases where there are large cavities.
- The replacement of missing teeth with a dental prosthesis (crowns, bridges, partial / complete dentures etc.)
- Extraction (removal) of one or more teeth that cannot be saved
- Treatment of diseased or injured oral tissues (hard and / or soft)
- Treatment of overlapped teeth and / or developmental abnormalities
- The use of sedative medications and / or nitrous oxide to control apprehension and anxiety

I understand that none of the above procedures will be performed without discussing the necessity with me and obtaining my consent to proceed. Alternative methods of treatment, if any, along with their advantages and disadvantages have been explained to me. I am advised that good results are expected; however, the possibility of complications cannot be accurately anticipated. Therefore, no guarantee expressed or implied, can be given to me regarding this treatment. I fully understand and authorize the doctor to perform any necessary treatment that in his / her judgment will be in the best interest of my or my child's health, once treatment has begun.

Although their occurrence is rare and unpredictable, some risks are known to be associated with dental or oral surgical procedures, medication, and / or anesthetics. We are required to disclose the known risks of numbness, infection, aspiration (swallowing), swelling, bleeding, discoloration, nausea, vomiting, allergic reaction, the loss of function of organs, and scarring. I understand and accept that complications may require medical assistance and hospitalization.

I also understand that during treatment it may be necessary to change or add procedures because of conditions found while working on the gums and teeth that were not discovered during examination. The most common being the need for root canal therapy following routine restorative procedures. I give my permission to the dentist to make any / all changes and additions as necessary.

I certify that I have read and fully understand this consent. I have been given the opportunity to ask questions regarding this consent and proposed treatment. I also understand that this consent will remain in effect until such time I choose to terminate. Such termination of consent must be in writing.

Date

Patient / Parent / Guardian Signature

Witness