

Dental Land Patient Registration and History Form

PATIENT INFORMATION

Patient Name: _____ **Age:** _____ **DOB:** _____
Nombre de Paciente *Edad* *Fecha de Nacimiento*

SS# _____ **Male/Female** *Sexo masculino/Femenino*

Address: _____ **City:** _____ **State** _____ **Zip** _____
Dirección *Ciudad* *Estado* *Código Postal*

PH: _____ **Mobile:** _____
Teléfono *Numero de Celular*

Emergency Contact Name: _____ **PH:** _____
En caso de emergencia *Telefono*

Relationship to patient: _____ **Email:** _____
Relación *Correo electrónico*

INSURANCE INFORMATION

Do you have any Dental Insurance Yes No **Medicaid** Yes No **Chip** Yes No **LHI** Yes No
Tienes algún seguro Dental

Insurance Name: _____ **Address:** _____
Nombre de aseguranza *Dirección*

Subscriber Name: _____ **DOB:** _____ **SS#** _____
Nombre de suscriptor

ID: _____ **Group#** _____ **Employer:** _____
Nombre de Empleador

Is the patient the subscriber Yes No Other: _____
El paciente el suscriptor Si No Otro

ASSIGNMENT AND RELEASE

I certify that I and/or my dependent(s) have insurance coverage with _____ and assign directly to Dr. _____ all insurance benefits, if any, otherwise payable to me for services rendered. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by insurance. I authorize the use of my signature on all insurance submissions. The above-names dentist may use my health care information and may disclose such information to the above-names Insurance Company(ies) and their agents for the purpose of obtaining payment for services and determining insurance benefits or the benefits payable for related services. This consent will end when my current treatment plan is completed or one year from the date signed below.

X _____
Signature of Patient, Parent, Guardian, or Personal Representative *Date*

_____ *Date*
Please Print name of Patient, Parent, Guardian, or Personal Representative

DENTAL HISTORY

Reason for today's _____
Razon de su visita

Mark Yes or No to the following questions: (Marque Sí o No a las siguientes preguntas)

Bleeding gums Yes No **Sensitivity to Cold** Yes No **Dry Mouth** Yes No
Sangrado de las encías *Sensibilidad al frío* *Sequedad en la boca*

Grinding Teeth Yes No **Sensitivity to Hot** Yes No **Broken Fillings** Yes No
Rechinar dientes *Sensibilidad al calor* *Rellenos rotos*

Loose Teeth Yes No **TMJ Pain** Yes No **Sores/ growth in mouth** Yes No
Dientes flojos *Dolor en la mandíbula* *Llagas/crecimiento en boca*

How often do you floss? _____ **How often do you brush?** _____ **Date of dental visit?** _____
 ¿Con qué frecuencia usar hilo dental? ¿Con que frecuencia se lava los dientes? Fecha de Ultima visita de Dentista

HEALTH HISTORY

Circle either "Yes" or "No" to indicate if you have had any of the following:
 Marque Si o No en las siguiente preguntas

AIDS/HIV Sida/HIV	Yes	No	Epilepsy Epilepsia	Yes	No	Sinus Trouble Problemas del sinusitis	Yes	No
Anemia Anemia	Yes	No	Fainting or dizziness Desmayos o mareos	Yes	No	Stroke Derrame o infarto	Yes	No
Arthritis, Rheumatism Artritis, reumatismo	Yes	No	Glaucoma Glaucoma	Yes	No	Thyroid Problems Problemas de la tiroides	Yes	No
Artificial Heart Valves Válvulas cardíacas artificiales	Yes	No	Mental Illness Enfermedad Mental	Yes	No	Tonsillitis Amigdalitis	Yes	No
Artificial Joints Articulaciones artificiales	Yes	No	Heart Murmur Soplo en el corazón	Yes	No	Tuberculosis Tuberculosis	Yes	No
Asthma Asma	Yes	No	Heart Problems Problemas del corazón	Yes	No	High Blood Pressure Alta Presión	Yes	No
Bleeding abnormally Sangrado anormal	Yes	No	Kidney Disease Enfermedad del riñón	Yes	No	Shortness of Breath Dificultad para respirar	Yes	No
Extractions or surgery Extracciones o cirugía	Yes	No	Liver Disease _____? Enfermedad del hígado _____?	Yes	No	Emphysema Enfisema	Yes	No
Blood disease _____? Enfermedad de la sangre	Yes	No	Mitral Valve Prolapse Prolapso de válvula mitral	Yes	No	Rheumatic Fever Fiebre reumática	Yes	No
Type of Cancer Tipo de cáncer _____	Yes	No	Pacemaker Marcapasos	Yes	No	Diabetes Diabetes	Yes	No
Chemotherapy Quimioterapia	Yes	No	Congenital Heart Lesions Lesiones congénitas del corazón	Yes	No	Respiratory Disease Enfermedades respiratorias	Yes	No
Radiation Treatment Tratamiento de radiación	Yes	No	Pregnant/Embarazada How many months? Cuantos Meses? _____	Yes	No	Autism Autismo	Yes	No
History of Bisphoshanates Historia de Bisphoshanates	Yes	No	Osteoporosis	Yes	No			

ALLERGIES (Mark an X if it applies) (Marque X si aplica)

- _____ Aspirin (Aspirina) _____ Sulfa
- _____ Penicillin (Penicilina) _____ Iodine (Yodo)
- _____ Codeine (Codeína) _____ Other (otro)
- _____ Latex (Látex)
- _____ Local Anesthetic (Anestésico local) Other Health problems: _____

List of Medications you are taking:
 Lista de medicamentos que está tomando:

How did you hear about our office? _____
 ¿Cómo se enteró de nuestra oficina?

Signature: _____
 Firma

Date: _____
 Fecha