

## Patient Information:

Patient's Name: \_\_\_\_\_  
Last First Middle Initial

Address: \_\_\_\_\_  
Address City State Zip Code

Email Address: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_

Sex:  M  F Home No: \_\_\_\_\_ Cell No: \_\_\_\_\_ Alt. No: \_\_\_\_\_

## Parent/Guardian Insurance Information: Relationship to Patient: \_\_\_\_\_ SELF

Name: \_\_\_\_\_  
Last First Middle Initial

SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Insurance No.: \_\_\_\_\_ Driver License No.: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Insurance Telephone No.: \_\_\_\_\_ Group No.: \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

Home No: \_\_\_\_\_ Cell No: \_\_\_\_\_ Work No: \_\_\_\_\_

Name and Number of nearest relative not living with you: \_\_\_\_\_

## How did you hear about us? Please mark below:

- |                                       |                                               |                                                     |                                          |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Yellow Pages | <input type="checkbox"/> Friend / Relative    | <input type="checkbox"/> Flyers / Mail              | <input type="checkbox"/> Internet        |
| <input type="checkbox"/> Sign         | <input type="checkbox"/> THMP-Medicaid        | <input type="checkbox"/> Health Fairs / Screenings  | <input type="checkbox"/> Other (Specify) |
| <input type="checkbox"/> Employee     | <input type="checkbox"/> Insurance / Employer | <input type="checkbox"/> TV Ad-Which Station? _____ |                                          |
| <input type="checkbox"/> Bill Board   |                                               |                                                     |                                          |

Reason for today's dental visit: \_\_\_\_\_ Date of last dental visit: \_\_\_\_\_

Have you ever had an experience in a dental office that you would like to tell us about?  Yes  No

Please explain if yes: \_\_\_\_\_

Are you nervous about dental treatment?  Yes  No

Do your gums bleed, feel tender or irritated?  Yes  No

Are you unhappy with appearance of your teeth?  Yes  No

Are your teeth sensitive?  Yes  No

Do you have discolored teeth that bother you?  Yes  No

If yes, to what?  Sweets  Hot  Cold  Pressure

Are you now seeing a physician?  Yes  No The name & telephone number of your physician(s) \_\_\_\_\_

If so, what is the condition being treated? \_\_\_\_\_

Are you taking any medications?  Yes  No If yes, please list: \_\_\_\_\_

Have you or are you currently taking Aspirin?  Yes  No

If female, are you or do you suspect to be pregnant?  Yes  No Months: \_\_\_\_\_

Have you or are you currently taking oral Bisphosphates?  Actonel  Boniva  Fosamax  Skelif  Didrone  Other \_\_\_\_\_

Have you had any joint replacements?  Yes  No If yes, when? \_\_\_\_\_

Is there anything else we should know about your health that was not covered on this form?  Yes  No

If yes, Please explain: \_\_\_\_\_

## Please mark any of the following which you have had or have at present: NONE

- |                                              |                                               |                                                    |                                              |
|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Heart Disease       | <input type="checkbox"/> Anemia               | <input type="checkbox"/> Nervousness               | <input type="checkbox"/> HIV + AIDS          |
| <input type="checkbox"/> Heart Murmur        | <input type="checkbox"/> Kidney Trouble       | <input type="checkbox"/> Thyroid Disease           | <input type="checkbox"/> Hepatitis           |
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure | <input type="checkbox"/> Bone Loss            | <input type="checkbox"/> Chemo: (Cancer, Leukemia) | <input type="checkbox"/> Hemophilia          |
| <input type="checkbox"/> Blood Disease       | <input type="checkbox"/> Epilepsy or Seizures | <input type="checkbox"/> Arthritis                 | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Disease |
| <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever     | <input type="checkbox"/> Ulcers               | <input type="checkbox"/> Rheumatism                | <input type="checkbox"/> Bruise Easily       |
| <input type="checkbox"/> Venereal Disease    | <input type="checkbox"/> Emphysema            | <input type="checkbox"/> Cortisone Medicine        | <input type="checkbox"/> Pain in Jaw Joint   |
| <input type="checkbox"/> Heart Pacemaker     | <input type="checkbox"/> Tuberculosis         | <input type="checkbox"/> Joint Replacement         | <input type="checkbox"/> Diabetes            |
| <input type="checkbox"/> Asthma              | <input type="checkbox"/> Scarlet Fever        | <input type="checkbox"/> Hay Fever                 | <input type="checkbox"/> Glaucoma            |

## Please mark any of the following medical allergies: NONE

- |                                            |                                            |                                                     |                                       |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Local Anesthetics | <input type="checkbox"/> Penicillin        | <input type="checkbox"/> Codeine or other narcotics | <input type="checkbox"/> Fen-Phen     |
| <input type="checkbox"/> Aspirin           | <input type="checkbox"/> Other antibiotic: | <input type="checkbox"/> Barbiturates or sedatives  | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> Iodine            | <input type="checkbox"/> Sulfa Drugs       | <input type="checkbox"/> Latex                      | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

**To the best of my knowledge, all of the preceding answers are true and correct. If I ever have any change in my health, or if any medicines change, I will inform my dentist at the next appointment.**

\_\_\_\_\_  
 Signature of Patient/Parent/Guardian

\_\_\_\_\_  
 Medical History Update:

## Información Del Paciente:

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ No. Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

 Sexo:  M  F Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ No. Alt: \_\_\_\_\_

## Información del Padre/Guardián: Relación al Paciente: \_\_\_\_\_ Si Mismo

Nombre: \_\_\_\_\_

No. Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ No Seguro Dental: \_\_\_\_\_ No. Licencia: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Teléfono de Seguro Dental: \_\_\_\_\_ Group No.: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre y teléfono de un pariente que no viva con usted: \_\_\_\_\_

## Como Escucho De Nuestra Oficina? Por Favor Marque abajo:

- |                                                |                                                  |                                                       |                                                   |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Páginas Amarillas     | <input type="checkbox"/> Amigo / Paciente        | <input type="checkbox"/> Anuncio/Correo               | <input type="checkbox"/> Internet                 |
| <input type="checkbox"/> Letrero               | <input type="checkbox"/> THMP-Medicaid           | <input type="checkbox"/> Feria de Salud               | <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Empleado de Nosotros: | <input type="checkbox"/> Seguro Dental/ Empleado | <input type="checkbox"/> Comercial de TV. Cual? _____ |                                                   |
| <input type="checkbox"/> Cartelera             |                                                  |                                                       |                                                   |

Razón de su visita hoy: \_\_\_\_\_ Fecha de su última visita dental: \_\_\_\_\_

 Ha tenido alguna vez una situación que no le gusto en una oficina dental que nos quiera decir?  Si  No

Si es así, favor de explicar: \_\_\_\_\_

¿Estás nervioso por cj tratamiento dental?	¿Le sangran las encías, están sensibles o irritadas?	¿Está satisfecho con la apariencia de sus dientes?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

¿Son sus dientes sensibles?	¿Tiene dientes descolorados que le molestan?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

 En caso afirmativo, ¿a qué?  Dulce  Caliente  Fría  Presión

 ¿Estás viendo a un médico?  Si  No El nombre y número de teléfono de su médico (s) \_\_\_\_\_

Si es así, ¿cuál es la enfermedad que padece? \_\_\_\_\_

 ¿Está tomando algún medicamento?  Si  No En caso afirmativo, indique: \_\_\_\_\_

 ¿Ha tomado o estás tomando aspirina?  Si  No

 ¿Si es mujer, usted esta o sospecha que está embarazada?  Si  No Months: \_\_\_\_\_

 ¿Usted a tomado o está tomando actualmente Bisfosfonates orales?  Actonel  Boniva  Fosamax  Skelif  Didrone  Otro \_\_\_\_\_

 ¿Ha tenido algún reemplazo de articulaciones?  Si  No Si es así, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

 ¿Hay algo más que debemos saber sobre su salud que no esté previsto en este formulario?  Si  No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

## Por favor marque condiciones que usted ha tenido o tiene en la actualidad: NINGUNO

- |                                                                   |                                                          |                                                           |                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón                   | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones       | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides        | <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes          |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco                           | <input type="checkbox"/> La pérdida de hueso             | <input type="checkbox"/> Quimioterapia: (Cáncer,leucemia) | <input type="checkbox"/> Hipertensión                               |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones                 | <input type="checkbox"/> Contusión fácilmente en la piel | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre          | <input type="checkbox"/> Úlceras <input type="checkbox"/> Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Artritis                                 | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática                | <input type="checkbox"/> Enfisema                         | <input type="checkbox"/> Reumatismo                                 |
| <input type="checkbox"/> Dolor en la articulación de la mandíbula | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea              | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                     | <input type="checkbox"/> La Cortisona Medicina                      |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulaciones              | <input type="checkbox"/> Marcapasos del Corazón          | <input type="checkbox"/> Asma                             | <input type="checkbox"/> Glaucoma                                   |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis                                | <input type="checkbox"/> Diabetes                        | <input type="checkbox"/> Fiebre de heno                   | <input type="checkbox"/> Nerviosismo                                |
| <input type="checkbox"/> Escarlatina                              | <input type="checkbox"/> VIH + SIDA                      | <input type="checkbox"/> Anemia                           |                                                                     |

## Por favor marque cualquiera de los siguientes elementos a cual le tiene alergia: NINGUNO

- |                                              |                                     |                                                      |                                                    |
|----------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anestésicos locales | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Codeína u otros narcóticos  | <input type="checkbox"/> Fen-Phen                  |
| <input type="checkbox"/> Aspirina            | <input type="checkbox"/> Yodo       | <input type="checkbox"/> Los barbitúricos o sedantes | <input type="checkbox"/> Otro: _____               |
| <input type="checkbox"/> Iodine              | <input type="checkbox"/> Sulfatos   | <input type="checkbox"/> Látex                       | <input type="checkbox"/> Otros antibióticos: _____ |

**Al mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Si alguna vez tdnf n algún cambio en mi salud, o cualquier cambio de medicamentos, informaré a mi dentista en la próxima cita.**

Firma del Paciente / Padre / Tutor

Medical History Update: \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_