

NAME _____ TELEPHONE # HOME _____ ADDRESS _____ WORK _____ CELL _____

NAME _____
 NOMBRE _____
 ADDRESS _____
 DIRECCION _____
 CITY & STATE & ZIP CODE _____
 CIUDAD, STATE & CÓDIGO POSTAL _____
 PHONE NUMBER _____
 TELEFONO _____ *email* _____
 AGE _____ BIRTHDATE: _____ MARITAL STATUS _____
 EDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ ESTADO CIVIL _____
 SEX _____ SOCIAL SECURITY NUMBER _____
 SEXO _____ NUMERO DE SEGURO SOCIAL _____
 INSURANCE COMPANY _____
 COMPAÑIA DE SEGURO _____
 SPOUSE/PARENT _____
 ESPOSO (A)/PADRES _____
 RESPONSIBLE PARTY _____
 PERSONA RESPONSABLE _____
 EMPLOYER _____
 LUGAR DE EMPLEO _____
 ADDRESS _____
 DIRECCION _____
 CITY & STATE & ZIP CODE _____
 CIUDAD, STATE & CÓDIGO POSTAL _____
 WORK PHONE _____
 TELEFONO DEL TRABAJO _____
 CELL PHONE _____
 NÚM. DE TELÉFONO CELULAR _____
 PHYSICIAN PHONE NO. _____
 NOMBRE DE SU MEDICO _____ TELEFONO _____

**W
E
L
C
O
M
E
N
I
D
O**

REFERRED BY/REFERIDO POR _____

1. ARE YOU UNDER THE CARE OF A PHYSICIAN? Yes No
 ¿ESTA USTED BAJO EL TRATAMIENTO DE ALGUN MEDICO?
 REASON _____
 RAZON _____
2. ARE YOU TAKING ANY MEDICINE OR DRUGS?
 ¿ESTA USTED TOMANDO ALGUN MEDICAMENTO O DROGA?
 LIST/ NOMBRELOS _____
3. HAVE YOU BEEN HOSPITALIZED IN THE LAST 5 YEARS?
 ¿HA ESTADO USTED HOSPITALIZADO EN LOS PASADOS 5 AÑOS?
 WHY? ¿POR QUE? _____
4. ARE YOU ALLERGIC TO ANYTHING (DRUGS, FOOD)?
 ¿ES USTED ALERGICO A ALGO (MEDICINAS, COMIDAS)?
 LIST/ NOMBRELOS _____
5. HAVE YOU EVER HAD OR HAVE ANY OF THE FOLLOWING?
 ¿HA TENIDO O TIENE USTED ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?
 HEART TROUBLE PROBLEMAS DE CORAZON
 RHEUMATIC FEVER FIEBRE REUMATICA
 DIABETES DIABETIS
 HEART MURMUR SOPLO DEL CORAZON
 HIGH BLOOD PRESSURE PRESION ALTA O BAJA
 LIVER DISEASE (HEPATITIS) PROBLEMA DEL HIGADO (Hepatitis)
 EPILEPSY (SEIZURES) EPILEPSIA
 CANCER CANCER
 TUBERCULOSIS TUBERCULOSIS
 ANEMIA ANEMIA
 BLOOD DISEASE PROBLEMAS DE SANGRE
 ASTHMA ASTHMA
 A.I.D.S. - S.I.D.A.
6. DO YOU SMOKE? PACKS PER DAY
 ¿USTED FUMA? _____
7. ARE YOU PREGNANT?
 ¿ESTA USTED EMBARAZADA? _____

UPDATES

DATE _____
 FECHA _____
 DATE _____
 FECHA _____
 DATE _____
 FECHA _____
 DATE _____
 FECHA _____

I UNDERSTAND THAT I AM RESPONSIBLE FOR CHARGES ON SERVICES RENDERED TO ME.
 YO ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE POR EL PAGO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS.

CONSENT/CONSENTIMIENTO

I AUTHORIZE PAYMENT DIRECTLY TO THE DENTIST OF INSURANCE BENEFITS OTHERWISE PAYABLE TO ME.
 YO AUTORIZO EL PAGO DIRECTO AL DENTISTA DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO QUE DE OTRA FORMA SERIAN PAGADOS A MI.

SIGNATURE/FIRMA _____
 (RESPONSIBLE PARTY IF MINOR)(PERSONA RESPONSABLE SI MENOR)

DENTIST SIGNATURE _____
 FIRMA DEL DENTISTA