

**PATIENT REGISTRATION**

ID: \_\_\_\_\_ Chart ID: \_\_\_\_\_

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

Patient Is:  Policy Holder Preferred Name: \_\_\_\_\_

Responsible Party

Responsible Party (if someone other than the patient)

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

Address: \_\_\_\_\_ Address 2: \_\_\_\_\_

City, State, Zip: \_\_\_\_\_ Pager: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Cellular: \_\_\_\_\_

Birth Date: \_\_\_\_\_ Soc Sec: \_\_\_\_\_ Drivers Lic: \_\_\_\_\_

Responsible Party is also a Policy Holder for Patient  Primary Insurance Policy Holder  Secondary Insurance Policy Holder

Patient Information

Address: \_\_\_\_\_ Address 2: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State / Zip: \_\_\_\_\_ Pager: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_ Cellular: \_\_\_\_\_

Sex:  Male  Female Marital Status:  Married  Single  Divorced  Separated  Widowed

Birth Date: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Soc. Sec: \_\_\_\_\_ Drivers Lic: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_  I would like to receive correspondences via e-mail.

Section 2

Section 3

Employment Status:  Full Time  Part Time  Retired

Student Status:  Full Time  Part Time

Medicaid ID: \_\_\_\_\_ Pref. Dentist: \_\_\_\_\_

Employer ID: \_\_\_\_\_ Pref. Pharmacy: \_\_\_\_\_

Carrier ID: \_\_\_\_\_ Pref. Hyg.: \_\_\_\_\_

Additional Comments:

Primary Insurance Information

Name of Insured: \_\_\_\_\_ Relationship to Insured:  Self  Spouse  Child  Other

Insured Soc. Sec: \_\_\_\_\_ Insured Birth Date: \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_ Ins. Company: \_\_\_\_\_

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

Address 2: \_\_\_\_\_ Address 2: \_\_\_\_\_

City,State,Zip: \_\_\_\_\_ City,State,Zip: \_\_\_\_\_

Rem. Benefits: .00 Rem. Deduct: .00

Secondary Insurance Information

Name of Insured: \_\_\_\_\_ Relationship to Insured:  Self  Spouse  Child  Other

Insured Soc. Sec: \_\_\_\_\_ Insured Birth Date: \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_ Ins. Company: \_\_\_\_\_

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

Address 2: \_\_\_\_\_ Address 2: \_\_\_\_\_

City,State,Zip: \_\_\_\_\_ City,State,Zip: \_\_\_\_\_

Rem. Benefits: .00 Rem. Deduct: .00

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- ¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora?  Sí  No En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor?  Sí  No En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello?  Sí  No En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_
- ¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas?  Sí  No En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_
- ¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux?  Sí  No \_\_\_\_\_
- ¿Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel, o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos?  Sí  No \_\_\_\_\_
- ¿Está usted en una dieta especial?  Sí  No \_\_\_\_\_
- ¿Usa tabaco?  Sí  No \_\_\_\_\_
- ¿Usted usa sustancias controladas?  Sí  No \_\_\_\_\_

Mujeres: ¿Está usted embarazada o tratando de quedar embarazada?  Sí  No Toma anticonceptivos orales?  Sí  No Esta amamantando?  Sí  No

¿Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?

- Aspirina  Penicilina  Codeína  Acrílico  Metálico  Látex  Anestésicos locales  Sulfamida
- Otros En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

- |                                |   |                                  |   |  |   |                                   |   |
|--------------------------------|---|----------------------------------|---|--|---|-----------------------------------|---|
| IDA / HIV Positivo             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Cortisona                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hemofilia                              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tratamiento con radiación         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad de Alzheimer's      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diabetes                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis A                            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pérdida de peso reciente          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| naflaxia                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Drogadicción                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis B o C                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diálisis renal                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| demencia                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fácilmente pierde el aliento     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes                                 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre reumática                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| angina                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfisema                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial alta                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Reumatismo                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| artritis/Gota                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Epilepsia o convulsiones         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Colesterol Alto                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Escarlatina                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| válvula del corazón artificial | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sangrado excesivo                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ronchas o erupción cutánea             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes                            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| articulación artificial        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sed excesiva                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hipoglucemia                           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de células falciformes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| asma                           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Desmayos / vértigo               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Latido irregular del corazón           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas del seno nasal          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| enfermedad arterial            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tos frecuente                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas de los riñones               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Espina Bífida                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| transfusión de sangre          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Diarrea frecuente                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Leucemia                               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad estomacal/intestinal   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| problemas respiratorio         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolores de cabeza frecuente      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedades del Hígado                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque fulminante                 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| cáncer                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Glaucomas                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión arterial baja                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hinchazón de las extremidades     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| lorescon facilidad             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes Genital                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad pulmonar                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de la Tiroides         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| quimioterapia                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre del heno                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Prolapso de la válvula mitral          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Amigdalitis                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| dolores en el pecho            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ataque/Falla del corazón         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Osteoporosis                           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis                      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| herpes labial/Fiebre Ampollas  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Soplo cardíaco                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolor en la articulación de la quijada | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tumores o crecimientos            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| miopatía congénita             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Marcapasos en el Corazón         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad paratiroidea                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Úlceras                           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| convulsiones                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas/Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Atención Psiquiátrica                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad venérea                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|                                |   |                                  |   |  |   | La ictericia amarilla             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

¿Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba?  Sí  No En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yo lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Firma del paciente, padre o tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**MEDICAL HISTORY**

PATIENT NAME \_\_\_\_\_ Birth Date \_\_\_\_\_

Although dental personnel primarily treat the area in and around your mouth, your mouth is a part of your entire body. Health problems that you may have, or medication that you may be taking, could have an important interrelationship with the dentistry you will receive. Thank you for answering the following questions.

- Are you under a physician's care now?  Yes  No If yes, please explain: \_\_\_\_\_
- Have you ever been hospitalized or had a major operation?  Yes  No If yes, please explain: \_\_\_\_\_
- Have you ever had a serious head or neck injury?  Yes  No If yes, please explain: \_\_\_\_\_
- Are you taking any medications, pills, or drugs?  Yes  No If yes, please explain: \_\_\_\_\_
- Do you take, or have you taken, Phen-Fen or Redux?  Yes  No \_\_\_\_\_
- Have you ever taken Fosamax, Boniva, Actonel or any other medications containing bisphosphonates?  Yes  No \_\_\_\_\_
- Are you on a special diet?  Yes  No
- Do you use tobacco?  Yes  No
- Do you use controlled substances?  Yes  No

Women: Are you Pregnant/Trying to get pregnant?  Yes  No Taking oral contraceptives?  Yes  No Nursing?  Yes  No

Are you allergic to any of the following?  
 Aspirin  Penicillin  Codeine  Local Anesthetics  Acrylic  Metal  Latex  Sulfa drugs  
 Other If yes, please explain: \_\_\_\_\_

- Do you have, or have you had, any of the following?
- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| AIDS/HIV Positive <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No         | Cortisone Medicine <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No        | Hemophilia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No            | Radiation Treatments <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No       |
| Alzheimer's Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No       | Diabetes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No                  | Hepatitis A <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No           | Recent Weight Loss <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No         |
| Anaphylaxis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No               | Drug Addiction <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No            | Hepatitis B or C <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No      | Renal Dialysis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No             |
| Anemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No                    | Easily Winded <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No             | Herpes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No                | Rheumatic Fever <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No            |
| Angina <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No                    | Emphysema <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No                 | High Blood Pressure <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No   | Rheumatism <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No                 |
| Arthritis/Gout <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No            | Epilepsy or Seizures <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No      | High Cholesterol <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No      | Scarlet Fever <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No              |
| Artificial Heart Valve <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No    | Excessive Bleeding <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No        | Hives or Rash <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No         | Shingles <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No                   |
| Artificial Joint <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No          | Excessive Thirst <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No          | Hypoglycemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No          | Sickle Cell Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No        |
| Asthma <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No                    | Fainting Spells/Dizziness <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Irregular Heartbeat <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No   | Sinus Trouble <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No              |
| Blood Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No             | Frequent Cough <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No            | Kidney Problems <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No       | Spina Bifida <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No               |
| Blood Transfusion <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No         | Frequent Diarrhea <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No         | Leukemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No              | Stomach/Intestinal Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Breathing Problem <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No         | Frequent Headaches <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No        | Liver Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No         | Stroke <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No                     |
| Bruise Easily <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No             | Genital Herpes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No            | Low Blood Pressure <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No    | Swelling of Limbs <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No          |
| Cancer <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No                    | Glaucoma <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No                  | Lung Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No          | Thyroid Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No            |
| Chemotherapy <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No              | Hay Fever <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No                 | Mitral Valve Prolapse <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Tonsillitis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No                |
| Chest Pains <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No               | Heart Attack/Failure <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No      | Osteoporosis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No          | Tuberculosis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No               |
| Cold Sores/Fever Blisters <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Heart Murmur <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No              | Pain in Jaw Joints <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No    | Tumors or Growths <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No          |
| Congenital Heart Disorder <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Heart Pacemaker <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No           | Parathyroid Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No   | Ulcers <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No                     |
| Convulsions <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No               | Heart Trouble/Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No     | Psychiatric Care <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No      | Venereal Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No           |
|  |  |  | Yellow Jaundice <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No            |

Have you ever had any serious illness not listed above?  Yes  No \_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

To the best of my knowledge, the questions on this form have been accurately answered. I understand that providing incorrect information can be dangerous to my (or patient's) health. It is my responsibility to inform the dental office of any changes in medical status.

SIGNATURE OF PATIENT, PARENT, or GUARDIAN \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_