

**PATIENT INFORMATION (INFORMACION DEL PACIENTE)**

Patient Name (Nombre Del Paciente): \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Last/Primer apellido First/Segundo apellido MI

Email Address (Direccion de Correo Electronico) : \_\_\_\_\_ Genero: M F Estado Civil: \_\_\_\_\_

Numero Seguro Sociales #: \_\_\_\_\_ Birth Date (Fecha De Nacimiento) \_\_\_\_\_

Home Phone (Numero Telefonico del Hogar) : \_\_\_\_\_ Cell/Celular Phone: \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Apt./Apartamiento # \_\_\_\_\_  
Street/Calle

City/Cuidad State/Estado Zip/Zona Postal

**HEALTH INFORMATION (INFORMACION DE SALUD)**

Have you ever had any of the following?/Haz tenido alguna vez lo siguiente?

Please circle those that apply/Por favor, marque las que aplican:

fecha de vencimiento:

- |                                          |                                           |                                              |
|------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------|
| AIDS/SIDA                                | Hay Fever/fiebre del heno                 | Pregnancy/embarazo Due Date _____            |
| Allergies/Alergias _____                 | Head Injuries/trauma a la cabeza          | Radiation Treatment/tratamiento de radiacion |
| Anemia                                   | Heart Disease/cardiopatia                 | Respiratory Problems/problemas respiratorios |
| Arthritis                                | Heart Murmur/Corazon murmer               | Rheumatic Fever/fiebre reumatica             |
| Artificial Joints/Conjunturas artificial | Hepatitis                                 | Rheumatism/reumatismo                        |
| Asthma /Asma                             | High Blood Pressure/Tension arterial alta | Sinus Problems/sinusitis                     |
| Blood Disease/enfermedades de la sangre  | High Cholesterol/Colesterol alto          | Stomach Problems/problemas estomacales       |
| Cancer                                   | Jaundice/ictericia                        | Stroke/golpe cerebral                        |
| Diabetes                                 | Kidney Disease/enferm de los rinones      | Tuberculosis                                 |
| Dizziness/vertigo (mareo)                | Lip Lesions/lesions de labio              | Tumors/Tumores                               |
| Epilepsy/epilepsia                       | Liver Disease/enfermedad hepatica         | Ulcers/ulceraciones                          |
| Excessive Bleeding/sangramiento excesivo | Mental Disorders/desorden mental          | Venereal Disease/Enfermedades veneras        |
| Fainting/desmayo                         | Migraines/migrana                         | Codeine Allergy/alergia a codina             |
| Glaucoma/Glacoma                         | Nervous Disorders/desorden nervioso       | Penicillin Allergy/alergia a penicilina      |
| Growths/crecimientos                     | Pacemaker/marcapaso                       | Other: _____                                 |

Please list any medications you are currently taking/Indique cualquier medicamento que actualmente este tomando:

- Do you take any medications for bone loss?/Esta tomando algun medicamento para perdida de huesos? Yes/Si No
- Have you ever had any complications following dental treatment?/Has tenido alguna vez complicaciones despues de algun tratamineto dental? Yes/Si No
- Do you need to pre-medicate one hour before dental treatment?/Necesita ser premedicado una hora antes del tratamiento dental? Yes/Si No

Have you been hospitalized or needed emergency care during the past two years?/Has tenido que ser hospitalizado o has necesitado cuidio d emergencia durantes los ultimos dos anos? Si No If yes, please explain/Si contesta si por favor explique:

- Are you now under the care of a physician?/Esta actualmente bajo algun cuidado medico? Si/Yes No
- If yes, please explain/Si contesta si por favor explique:

Name of physician/Nombre del Medico: \_\_\_\_\_  
Phone/Telefono: \_\_\_\_\_

- Do you have any health problems that need further clarification?/Tienes algun problema de salud que necesita sea clarificado mas? Yes/Si No
- If yes, please explain/Si contesta si, por favor explique: \_\_\_\_\_

To the best of my knowledge, all of the proceeding answers and information provided are true and correct. If I ever have any change in my health, I will inform the doctors at the next appointment without fail.

Segun mi entendimineto, todas los siguientes repuestas e informaciones son correctas y verdaderas. Si en algun momento cambiare algo en mi salud, se lo informare al medico en las siguiente visitas sin falta.

Signature of Patient,/Firma del Paciente

Date/Fecha de hoy

## DENTAL HISTORY

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Medical Alert/Alerta Medica: \_\_\_\_\_

**What is the reason for your visit today?/Cual es tu razon para la visita de hoy?**

Date of last Dental Visit/Fecha de su ultima visita dental?: \_\_\_\_\_ Last Dental Cleaning/cuando fue la ultima  
impieza: \_\_\_\_\_ Last Full Mouth X-rays/Cuando fue su ultima radiografia completa de la boca? : \_\_\_\_\_

What was done at your last dental visit?/Que le hicieron en su última visita dental?

**How often do you have dental examinations?/Cuan a menudo tienes examenes dentales?**

How often do you brush your teeth/la frecuencia con que se cepilla los dientes?? \_\_\_\_\_

How often do you floss?/Cuan a menudo usa el hilo dental? \_\_\_\_\_

What other dental aids do you use? (Interplak, toothpick, etc.)/Usa algun otro auxilia dental (palillo dientes, etc.)?

**Are any of your teeth sensitive to/Estan sus dientes susceptibles al:**

<b>Hot or Cold/caliente o frio?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>Do you wear dentures or partial dentures?</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
Sweets/al dulce?	Si	No	¿Llevans prótesis dentales o dentaduras postizas parciales?		
Biting or Chewing/masticar o morder?	Si	No	Do they fit well?/ ¿Encajan bien?	Si	No
Do you frequently get cold sores, blisters, etc?/ Tienes frecuentemente úlceras, ampollas, etc.?	Si	No	Do you use adhesive?/ ¿Utilizas adhesivo?	Si	No
Do your gums bleed or hurt?/ Las encías sangran o duelen?	Si	No	Do you have any trouble chewing? ¿Tienes cualquier problema de mascar?	Si	No
Have you parents had gum disease or tooth loss? Los padres tuvieron pérdida de dientes, problemas de encias?	Si	No	Have you noticed any mouth odors or bad taste? ¿Ha notado olores en la boca o de mal sabor?	Si	No
Have you noticed any loose teeth?/Dientes flojos?	Si	No	Have you ever had periodontal treatment? ¿Alguna vez ha tenido tratamiento periodontal? If so, when?/ ¿Si es así, cuando?	Si	No
Rechinan sus dientes despierto o dormido?	Si	No	<b>Have you ever had?/ ¿Ha tenido alguna vez?</b>		
Does food tend to get caught in between your teeth? Alimentos, tienden a quedar atrapados entre los dientes?	Si	No	Oral Surgery?/Cirugia Oral?	Si	No
If yes, where?/ ¿En caso afirmativo, dónde? No			Your teeth ground or the bite adjusted?	Si	No
<b>Do you:/¿ Te</b>			¿Sus dientes limados o la mordida ajustada? A serious injury to the mouth or head? Un perjuicio grave a la boca o la cabeza?	Si	No
Bite your lips or cheeks regularly?/Muerdes los labios con frecuencia?/¿	Si	No	If so, describe/ Si es así describa		
Rechinan los dientes mientras duermes, o despierto?	Si	No			
Hold foreign object with your teeth? Sostienes objetos extraños con los dientes?	Si	No			

**Do you?/Te?**

Mouth breath while awake or asleep? Respira con la boca abierta despierto o dormido?	Si	No	<b>Have you experienced/ ¿Ha sentido?</b>	Si	No
Have tired jaws, especially in morning? Cansadas las mandíbulas, especialmente en la mañana?	Si	No	Clicking or popping of the jaw? ¿La mandíbula hacer ruidos?	Si	No
Ignore or have any other sleeping disorders? Ronca o cualquier otros trastornos de sueño?	Si	No	Pain in joint, ear or side of face? ¿Dolor en la articulación, oído o cara?	Si	No
Smoke/chew tobacco or use other tobacco products? Fuma/mastica tabaco o utiliza otros productos de tabaco?	Si	No	Difficulty opening or closing the mouth? ¿Dificultad abriendo o cerrando la boca?	Si	No
			Difficulty chewing on either side of mouth? ¿Dificultad para masticar en ambos lados de la boca?	Si	No
			Headaches, neck aches or shoulder aches? ¿Dolores de cabeza, dolores de cuello o dolor de hombro?	Si	No

Do you feel nervous about having dental treatment?/ ¿Se siente nervioso acerca de tener tratamiento dental? Si No  
If so, what is your biggest concern?/ Si es así, ¿cuál es su mayor preocupación?

Have you ever had an upsetting dental experience?/¿Alguna vez ha tenido una experiencia perturbadora dental? Si No  
If so, please describe/: En caso afirmativo, sírvase describir

**CONSENT FOR SERVICES** I Authorize doctor or designated staff to take x-rays, study models, photographs and other diagnostic aids for the physician to make a thorough diagnosis of my condition. When such a diagnosis is made, I authorize the doctor or staff member designated to perform all recommended treatment mutually agreed upon by the doctor and myself, for the doctor and his/her staff to provide such assistance as necessary to provide adequate care. I agree with the use of anesthetics, sedatives and other medication as necessary. I fully understand that using anesthetic agents embodies certain risks. I have understood that I will be required to sign consent forms for certain treatments. I consent to the use and disclosure of health records oral, written or electronic that are individually identifiable as mine, to carry out my treatment operations, payment and health care of the physician or designated staff. I have understood that only the minimum amount of information necessary to provide quality care will be used or disclosed and that a notice fully outlining the protection of my personal health information is available.

Signature

Date

### **ACKNOWLEDGEMENT FOR RECEIPT OF HIPAA AND CONSENT FOR SERVICES**

RECIBO DE INFORMACIÓN DE HIPAA, RECONOZCO QUE HE RECIBIDO EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE LA OFICINA DEL DR. FREDERICK DREHER.

FIRMA

Fecha de hoy

### **CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS**

Autorizo al médico o al personal designado para tomar radiografías, modelos de estudio, fotografías y otras ayudas de diagnóstico indicadas por el médico para hacer un diagnóstico exhaustivo de mi condición.

Para tal diagnóstico, autorizo al médico o miembro del personal designado para realizar el tratamiento recomendado mutuamente acordado con el médico y emplear esa asistencia según sea necesario para proporcionar una atención adecuada.

Estoy de acuerdo con el uso de anestésicos, sedantes y otros medicamentos que sean necesario. Entiendo perfectamente que los agentes anestésicos podrían tener ciertos riesgos. Tengo entendido que estoy obligado a firmar los formularios de consentimiento para algunos tratamientos.

Doy consentimiento al uso y divulgación de los registros de salud oral, escrita o electrónica que son individualmente identificable como el mío, con el fin de llevar a cabo mis operaciones de tratamiento, pago y atención de la salud del médico o del personal designado. Tengo entendido que sólo la cantidad mínima de información necesaria para proporcionar una atención de calidad se utilizará o divulgada y que un formato de esquematización sobre la protección de mi información de salud personal está disponible.

Firma del paciente,

fecha de hoy

RECEIPT OF INFORMATION HIPAA, I ACKNOWLEDGE THAT I HAVE RECEIVED THE NOTICE OF PRIVACY PRACTICES OF THE OFFICE OF DR. FREDERICK DREHER.

Signature

Today's Date