



PATIENT REGISTRATION FORM [FORMA DE INFORMACION DE NUEVO PACIENTE]

Today's Date [Fecha de hoy]: ____/____/____
Patient Name [Nombre del paciente]: _____
Preferred Name [Nombre preferido]: _____
Birthdate [Fecha de nacimiento del Paciente]: ____/____/____ [Male [Masculino] [Female [Femenino]
[Married [Casado(a)] [Single [Soltero(a)] [Child [Niño(a)] [Other [Otro]
Address [Domicillio]: _____
City [Ciudad]: _____ State [Estado]: _____ Zip Code [Código Postal]: _____
Social Security # or ID # [Número de seguro social del Paciente o ID#]: _____
Home Phone [Teléfono de casa]: (____) _____ Cellphone [Teléfono celular]: (____) _____
Work Phone [Teléfono del trabajo]: (____) _____
Email Address [Dirección de correo electrónico]: _____

Name of Parent or Responsible Party [Nombre de los Padres del Paciente]: _____
Address of Parent or Responsible Party (if not the same) [Domicillio del os Padres (Sino es el mismo)]: _____
City [Ciudad]: _____ State [Estado]: _____ Zip Code [Código Postal]: _____
Home Phone [Teléfono de casa]: (____) _____ Cellphone [Teléfono celular]: (____) _____
Work Phone [Teléfono del trabajo]: (____) _____
Employer [Empleador]: _____ Occupation [Ocupación]: _____
Parent Date of Birth [Fecha de nacimiento de los Padres]: ____/____/____

First Insurance [Seguro Primario]: _____ Group # [Número de grupo]: _____
Name of Policy Holder[Nombre de suscriptor]: _____
Birthdate [Fecha de nacimiento]: ____/____/____ Employer [Empleador]: _____
Relationship to patient [Relación con el paciente]: _____
ID # or Social Security # [ID # o Número de Seguro Social]: _____
Second Insurance [Seguro segundo]: _____ Group # [Número de grupo]: _____
Name of Policy Holder[Nombre desuscriptor]: _____
Birthdate [Fecha de nacimiento]: ____/____/____ Employer [Empleador]: _____
Relationship to patient [Relación con el paciente] : _____
ID # or Social Security # [ID # o Número de Seguro Social]: _____
I hereby authorize payment to Herrera Family Dental of benefits payable to me under the above policy. I also authorize Herrera Family Dental to release to the above insurance needed to process claims. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by insurance. [Autorizo el pago a Herrera Family Dental de todos los beneficios del seguro arriba mencionado por mis servicios. También autorizo a Herrera Family Dental a divulgar dicha information al seguro arriba mencionado por lo que se necesite para procesar reclamos. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos ya sea que los pague o no el seguro.
Signature of Patient or Responsible Party [Firma del paciente o persona responsable]: _____
Date [Fecha]: ____/____/____

Health History [Historia de la Salud]

Do you have or have you ever had any of the following? Please check **ALL** that apply:

[¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades? Por favor marcar **TODAS** las que corresponden]:

AIDS-HIV [SIDA-VIH]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Anemia	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Arthritis [Artritis]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Asthma [Asma]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Artificial Joints [Articulaciones Artificiales]		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Bisphosphonate Medication [Medicamento Bisfosfonato]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Blood Disease [Enfermedad de la Sangre]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Bloody Sputum [Esputo Sanguinolento]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Breast Implants [Implantes Mamarios]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		
Cancer [Cáncer]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Chest Pain [Dolor en el Pecho]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Chronic Cough, > 3 weeks [Tos Cronica, > 3 semanas]		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Diabetes	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Dizziness [Mareo]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Epilepsy [Epilepsia]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Emphysema [Enfisema]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Excessive Bleeding [Sangrado Excesivo]		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Fainting [Desmayos]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Fatigue [Fatiga]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Glaucoma	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Growths [Crecimientos]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Hay Fever [Fiebre de Heno]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Head Injury [Lesion en la Cabeza]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Heart Disease [Enfermedades del Corazón]		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Heart Murmur [Soplo Cardiaco]		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Hemoptysis	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Hepatitis Type [Tipo ____]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
High Blood Pressure [Presión Arterial Alta]		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Hoarseness [Ronquera]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Jaundice [Ictericia]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Kidney Disease [Enfermedad de Riñón]		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Liver Disease [Enfermedad Hepatica]		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Loss Appetite [Pérdida del Apetito]		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Mental Disorders [Trastornos Mentales]		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Mitral Valve Prolapse [Prolapso de Valvula Mitral]		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Nervous Disorders [Trastornos Nerviosos]		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Night Sweats [Sudores Nocturnos]		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Pacemaker [Marcapasos]		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Prosthetic Heart Valve [Valvula de Corazon Prostetica]		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Radiation Treatment [Tratamiento de Radiacion]		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Respiratory Problems [Problemas Respiratorios]		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Rheumatic Fever [Fiebre Reumatica]		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Sexually Transmitted Diseases [Enfermedades de Transmision Sexual]			<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Sinus Problems [Problemas de Sinusitis]		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Stomach Problems [Problemas del Estomago]		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Stroke [Embolia]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Tumors [Tumores]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Ulcers [Ulceras]	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Unexplained Weight Loss [Perdida de Peso inexplicable]		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Others [Otro]: _____			



PATIENT REGISTRATION FORM [FORMA DE INFORMACION DE NUEVO PACIENTE]

Are you now under the care of a physician? [¿Está bajo el cuidado de un medico en este momento?] YES NO

If "YES", please explain [Si la respuesta es "Sí", por favor explique]: _____

Name of Physician [Nombre del Medico]: _____

Phone # [Número de teléfono]: (____) _____

What, if any, medications are you taking at this time? [¿Si esta tomando medicamentos en este momento, cuales son?] _____

(For WOMEN) Are you pregnant? [(Para las MUJERES) ¿Esta usted embarazada?] YES NO
If "YES", expected due date [Si la respuesta es "Sí", cual es la fecha del parto]: ____/____/____
Are you using birth control pills?[Tomando piladoras anticonceptivas?] YES NO
Are you nursing?[Amamantando?] YES NO

Do you use controlled substances ?[Usa sustancias reguladas?]: YES NO

Are you taking or have taken bisphosphonates for osteoporosis or Paget's Disease? [Está tomando o ha tomado un agente antirresortivo debido a osteoporosis o a enfermedad de Paget?]: YES NO

Are you allergic to any of the following? [¿Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes?]

NONE [Ninguno]

Anesthetic [Anestesia] Reaction [Reacción]: _____
Severity [Gravedad]: Unknown [Desconocido] Mild [Leve] Moderate [Moderado] Severe [Grave]

Codeine [Codeina] Reaction [Reacción]: _____
Severity [Gravedad]: Unknown [Desconocido] Mild [Leve] Moderate [Moderado] Severe [Grave]

Erythromycin [Eritromicina] Reaction [Reacción]: _____
Severity [Gravedad]: Unknown [Desconocido] Mild [Leve] Moderate [Moderado] Severe [Grave]

Latex [Látex] Reaction [Reacción]: _____
Severity [Gravedad]: Unknown [Desconocido] Mild [Leve] Moderate [Moderado] Severe [Grave]

Penicillin [Penicillina] Reaction [Reacción]: _____
Severity [Gravedad]: Unknown [Desconocido] Mild [Leve] Moderate [Moderado] Severe [Grave]

Metals [Metales] Reaction [Reacción]: _____
Severity [Gravedad]: Unknown [Desconocido] Mild [Leve] Moderate [Moderado] Severe [Grave]

Sulfa Reaction [Reacción]: _____
Severity [Gravedad]: Unknown [Desconocido] Mild [Leve] Moderate [Moderado] Severe [Grave]

Other [Otro]: _____ Reaction [Reacción]: _____
Severity [Gravedad]: Unknown [Desconocido] Mild [Leve] Moderate [Moderado] Severe [Grave]

Do you smoke or use chewing tobacco? [¿Fuma o mastica tabaco?] YES NO

If "YES", how often and for how long? [¿Sí es un "Sí" con que frecuencia y cuanto tiempo tiene haciendolo?] _____

In case of an emergency, whom shall we call? [¿En caso de emergencia, a quién podemos llamar?]
Name [Nombre]: _____ Relationship [Relación]: _____
Phone # [Número de teléfono]: (____) _____

Dental History [Historia Odontológica]

Please check any of the following problems that apply to you [Por favor marque unicamente los que le corresponden]:

- Bad breath or bad taste in your mouth [Mal aliento o mal sabor de boca]
- Bleeding, swollen or irritated gums [Sangrado, encias irritadas o inflamadas]
- Grinding or clenching teeth [Rechina sus dientes]
- Headaches, earaches or neck pain [Dolores de cabeza, dolor de oidos o dolor de cuello]
- Jaw joint pain [Dolor en las articulaciones de la quijada/mandibular]
- Loose or shifting teeth [Dientes flojos o moviendode posición]
- Teeth or fillings breaking [Dientes o rellenos fracturandose]
- Tooth pain or discomfort when chewing [Dolor de dientes o molestias al masticar]
- Sensitivity (hot, cold, and sweet) [Sensibilidad a caliente, frio y dulce]
- Do you snore? [¿Usted ronca?] YES NO
- Do you have Sleep Apnea? [¿Tiene usted Apnea del sueño?] YES NO
- Do you constantly feel tired even after a full night of sleep? [¿Se siente cansado (a) constantemente aun despues de haber dormido toda la noche?] YES NO

Do you or have you had any of the following? [¿Han tenido usted o usted alguno de los siguientes?]

- Dentures [Dentaduras postizas] Braces [Frenillos (frenos)]
- Partial dentures [Dentaduras postizas parciales] Periodontal (gum) disease [Inflamacion de las encias]

Please share the following dates [Por favor indique las siguientes fechas]:

Your last dental cleaning [Ultima limpieza dental]: ____/____/____

Your last oral cancer screening [Ultimo examen de cancer oral]: ____/____/____

Your last complete X-rays [Ultimas radiografias]: ____/____/____]

How often do you brush? [¿Con que frecuencia se cepilla los dientes?] _____

How often do you floss? [¿Con que frecuencia usa el hilo dental?] _____

Reason For Today's visit?[Motivo de la consulta de hoy?]: _____

How do you feel about your smile?[Comó se sientecon susonrisa?]: _____

To the best of my knowledge, all of the preceding answers and information provided in this form is true and correct. I will be responsible to inform the doctor if there is any change in my health at my next appointment. [Al mejor de mi conocimiento, todas las respuestas precedentes e información proporcionada en esta forma son verdaderas y correctas. Soy responsable de informar al médico si hay algún cambio en mi salud para mi próxima cita.]

Signature of Patient or Responsible Party [Firma del paciente o persona responsable]: _____

Date [Fecha]: ____/____/____

Doctor Signature [Firma del doctor]: _____

Date [Fecha]: ____/____/____