

Dr. Estela Alamo, DDS

Patient Information / Información del Paciente

First Name / Nombre

Last Name / Apellido

Address / Dirección

City / Ciudad

State / Estado

Zip / Código Postal

Home Phone Number / Teléfono de la Habitación

Work Phone Number / Teléfono del Trabajo

Cell Phone Number / Teléfono Celular

Email / Correo Electrónico

Social Security Number / Número de Seguro Social

Date of Birth / Fecha de Nacimiento

Emergency Contact Name / Nombre del Contacto de Emergencia

Phone Number / Teléfono

Policy Holder/Responsible Party Information / Información del Responsable del Seguro Dental

Name (if other than patient name) / Nombre (si no es el paciente)

Relationship to Patient / Relación con el Paciente

Address / Dirección

City / Ciudad

State / Estado

Zip / Código Postal

Social security Number / Número de Seguro Social

Policy Holder's date of birth / Fecha de Nacimiento del Titular de Póliza

Employer Name / Nombre del Empleador

Insurance Company / Empresa de Seguro

Group or Policy Number / Número de Póliza o Grupo

Dental history / Antecedentes Dentales

Previous Dentist Name / Nombre del Dentista Anterior

Reason For Leaving / Motivo del abandono

Date of Last Cleaning / Fecha de Última Limpieza

Explain the reason for your visit today / Explique el motivo de la visita de hoy

Are you experiencing any discomfort? / ¿Siente alguna molestia? Y / S N / N

Do you snore? / ¿Usted ronca? Y / S N / N

Do you have bleeding gums? / ¿Le sangran las encías? Y / S N / N

Do you have bad breath? / ¿Tiene mal aliento? Y / S N / N

Do you grind your teeth? / ¿Aprieta los dientes? Y / S N / N

Do you play sports? / ¿Practica algún deporte? Y / S N / N

Are you sensitive to hot, cold or sweets? / ¿Tiene sensibilidad al calor, el frío o los dulces? Y / S N / N

Have you ever receive deep cleaning/gum surgery? / ¿Ha recibido limpieza profunda/cirugía de las encías alguna vez? Y / S N / N

Do you take fluoride supplement? / ¿toma suplemento de flúor? Y / S N / N

Do you use tobacco? / ¿Consumo tabaco? Y / S N / N

Do you drink coffee or tea? / ¿bebe café o té? Y / S N / N

Interested in having whiter/brighter teeth? / ¿Le interesaría tener dientes más blancos/brillantes? Y / S N / N

Do you have difficulty brushing your teeth? / ¿Tiene dificultad para cepillarse los dientes? Y / S N / N

How would you rate your smile in scale of 1 to 10, with 10 being the highest? /
¿Cómo calificaría su sonrisa en una escala de 1 a 10, siendo 10 la calificación mas alta?

Dentures/Partial Patients / Pacientes con Prótesis Parciales/Dentaduras

Do you wear a denture or partial? / ¿Usa dentadura postiza o prótesis parciales? Y / S N / N

How old is your denture or partial? / ¿Cuanto tiempo tiene su dentadura postiza o protesis parcial? Y / S N / N

Does your denture cause irritation/ soreness? / La dentadura postiza, ¿le causa irritación/dolor? Y / S N / N

Are your denture loose? / ¿Su dentadura postiza esta floja? Y / S N / N

Medical History / Antecedentes Medicos

Primary Care Physician's Name / Médico de Atención Primaria Physician Phone Number / Teléfono del Médico

Are you under a physician's care? / ¿Se atiende con algun médico? Y / S N / N

Have you ever been hospitalized or had a major operation? / ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha sido sometido a una intervención quirúrgica importante? Y / S N / N

Have you ever had a serious head or neck injury? / ¿Ha sufrido alguna vez una lesión grave de cabeza o cuello? Y / S N / N

Women: Are you pregnant, trying to get pregnant or nursing? / Mujeres: ¿esta embarazada, intentando quedar embarazada o amamantando? Y / S N / N

Do you use controlled substances? / ¿Utiliza sustancias de consumo controlado? Y / S N / N

If you answered yes to any of the above questions please explain: / Si respondió sí a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor explique:

.....

.....

.....

are you allergic or do you react adversely to any of the following? / ¿Es usted alérgico o sufre reacciones adversas a alguno de los siguientes elementos?

Aspirin / Aspirina Y / S N / N

Acrylic / Acrílico Y / S N / N

Sulfa drugs / Farmacos con sulfa Y / S N / N

Penicillin or other antibiotics / Penicilina u otros antibioticos Y / S N / N

Tetracycline / Tetraciclina Y / S N / N

Metal / Metal Y / S N / N

Barbiturates, sedatives or sleeping pills / Barbitúricos, sedantes u otras pídoras para dormir Y / S N / N

Codeine / Codeína Y / S N / N

Latex / Látex Y / S N / N

Local anesthetics (Novacaine-like medication) / Anestésicos locales (medicamento parecido a la Novacaina) Y / S N / N

Other / Otros

.....

.....

.....

Please check any conditions that you currently or previously have had: / Marque las condiciones que tenga o que haya tenido anteriormente

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> AIDS/HIV positive / SIDA/VIH positivo | <input type="checkbox"/> Fainting Spells/ Dizziness / Desmayos/mareos | <input type="checkbox"/> Parathyroid Disease / Enfermedad paratiroidea |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease / Enfermedad de Alzheimer | <input type="checkbox"/> Frequent Cough / Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Parkinson's Disease / Enfermedad de parkinson's |
| <input type="checkbox"/> Anaphylaxis / Anafilaxis | <input type="checkbox"/> Frequent Diarrhea / Diarrea frecuente | <input type="checkbox"/> Pins, Rods, Stints, or Shunts / Pernos, varillas, soportes y desviaciones |
| <input type="checkbox"/> Anemia / Anemia | <input type="checkbox"/> Frequent Headaches / Dolores de cabeza frecuentes | <input type="checkbox"/> Psychiatric Care / Atención Psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> Angina / Angina | <input type="checkbox"/> Glaucoma / Glaucoma | <input type="checkbox"/> Radiation Treatments / Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> Arthritis/gout / Artritis/gota | <input type="checkbox"/> Hay Fever / Fiebre de heno | <input type="checkbox"/> Recent Weight Loss / Pérdida de peso reciente |
| <input type="checkbox"/> Artificial Heart Valve* / Válvula cardíaca artificial* | <input type="checkbox"/> Heart Attack/Failure / Insuficiencia/ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Renal Dialysis / Diálisis renal |
| <input type="checkbox"/> Artificial Joint* / Articulación artificial | <input type="checkbox"/> Heart Murmur* / Soplo cardíaco* | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever / Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Asthma / Asma | <input type="checkbox"/> Heart Pacemaker / Marcapasos cardíaco | <input type="checkbox"/> Rheumatism / Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> Blood Disease / Enfermedad sanguínea | <input type="checkbox"/> Heart Trouble/Disease / Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Shingles / Culebrilla |
| <input type="checkbox"/> Blood Transfusion / Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Hemophilia / Hemofilia | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Disease / Células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Breathing Problem / Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Hepatitis A / Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Sinus Problem / Problemas en los senos paranasales |
| <input type="checkbox"/> Bruise Easily / Formación de moretones | <input type="checkbox"/> Hepatitis B or C / Hepatitis B o C | <input type="checkbox"/> Stomach/ Intestinal Disease / Enfermedades estomacales /intestinales |
| <input type="checkbox"/> Cancer / Cáncer | <input type="checkbox"/> Herpes / Herpes | <input type="checkbox"/> Stroke / Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Chemotherapy / Quimioterapia | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure / Presión arterial elevada | <input type="checkbox"/> Swelling of Limbs / Hinchazón de las extremidades |
| <input type="checkbox"/> Chest Pains / Dolores de pecho | <input type="checkbox"/> Hives or Rash / Erupciones | <input type="checkbox"/> Thyroid disease / Enfermedad tiroidea |
| <input type="checkbox"/> Cold Sores/Fever blisters / Aftas/ampollas | <input type="checkbox"/> Hypoglycemia / Hipoglucemia | <input type="checkbox"/> Tonsillitis / Amigdalitis |
| <input type="checkbox"/> Congenital Heart Disorder / Trastorno cardíaco congénito | <input type="checkbox"/> Irregular Heartbeat / Frecuencia cardíaca irregular | <input type="checkbox"/> Tuberculosis / Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Convulsions / Convulsiones | <input type="checkbox"/> Kidney Problems / Problemas renales | <input type="checkbox"/> Tumors or Growths / Tumores o crecimientos |
| <input type="checkbox"/> Cortisone Medicine / Medicación con cortisona | <input type="checkbox"/> Leukemia / Leucemia | <input type="checkbox"/> Ulcers / Úlceras |
| <input type="checkbox"/> Diabetes / Diabetes | <input type="checkbox"/> Liver disease / Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Venereal Disease / Enfermedad venérea |
| <input type="checkbox"/> Drug Addiction / Drogadicción | <input type="checkbox"/> Low Blood Pressure / Presión arterial baja | <input type="checkbox"/> Yellow Jaundice / Ictericia |
| <input type="checkbox"/> Emphysema / Enfisema | <input type="checkbox"/> Lung Disease / Enfermedad pulmonar | <input type="checkbox"/> None / Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Endocarditis / Endocarditis | <input type="checkbox"/> Mitral Valve Prolapse* / Prolapso de válvula mitral* | <input type="checkbox"/> *Condition may require medication / *Estas condiciones pueden requerir medicación |
| <input type="checkbox"/> Epilepsy or Seizures / Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> Osteoporosis / Osteoporosis | |
| <input type="checkbox"/> Excessive Bleeding / Hemorragia excesiva | <input type="checkbox"/> Pain in Jaw Joints / Dolor en las articulaciones mandibulares | |
| <input type="checkbox"/> Excessive Thirst / Sed excesiva | | |

List any major illness not listed above: / Mencione cualquier enfermedad importante que no se haya mencionado anteriormente:

Please check any medications and/or supplements taken in the past 12 months: / Marque los medicamentos y/o los suplementos que haya tomado en los últimos 12 meses

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antibiotics or sulfa drugs / Antibióticos o fármacos con sulfa | <input type="checkbox"/> Nitroglycerine / Nitroglicerina |
| <input type="checkbox"/> Tranquilizer / Tranquilizantes | <input type="checkbox"/> Anticoagulants (e.g. Coumadin, blood thinners) / Anticoagulantes (por ej. Coumadin) |
| <input type="checkbox"/> Aspirin (daily) / Aspirina (diariamente) | <input type="checkbox"/> Contraceptives / (Píldoras anticonceptivas) |
| <input type="checkbox"/> Insulin or diabetes medication / Insulina o medicamentos para la diabetes | <input type="checkbox"/> Bisphosphonates (used to treat osteoporosis, such as Fosamax, Boniva, Actonel and Zometa / Bifosfonatos (usados para tratar la osteoporosis, como Fosamax, Boniva, Actonel y Zometa) |
| <input type="checkbox"/> Herbal supplements / Suplementos a base de hierbas | <input type="checkbox"/> Phen-Fen or Redux / Phen -fen o Redux |
| <input type="checkbox"/> High blood pressure medicine / Medicina para la presión arterial elevada | |
| <input type="checkbox"/> Heart medications / Medicamentos para el corazón | |

List all medications/supplements you are currently taking: / Mencione todos los medicamentos/suplementos que este tomando actualmente:

I have answered all the questions to the best of my knowledge. I will notify the dental health provider of any change in my health or medication at each visit

I authorize the dentist/hygienist to use the necessary local/topical anesthesia to perform my treatment in a safe, effective manner during this visit and future visits. I understand that my failure to provide information on previous adverse reactions may cause unforeseen negative reactions. I release Dr. Estela J. Alamo of all liability regarding undisclosed medical history information.

He respondido todas las preguntas de la mejor manera posible. Avisare al profesional dental en caso de cualquier cambio en mi salud o medicamento en cada visita.

Autorizo al dentista/higienista a usar el anestico local/topico necesario para realizar mi tratamiento de forma segura y efectiva durante esta visita y en las visitas futuras. Entiendo que si no proporciono informacion sobre reacciones adversas anteriores es posible que se provoquen reacciones negativas inesperadas. No hago responsable a la doctora Estela J. Alamo de cualquier responsabilidad sobre la informacion de antecedentes medicos que no haya mencionado.

.....
Signature of Patient or Guardian / Firma del Paciente o Tutor

.....
Date / Fecha

.....
If authorized guardian, relationship to patient / Si es el tutor autorizado, relacion con el paciente

.....
Dentist Signature / Firma del Dentista

.....
Date / Fecha