

DENTAL REGISTRATION AND HISTORY

1

PATIENT INFORMATION

Date _____

SS/HIC/Patient ID # _____

Patient Name _____
Last Name

First Name Middle Initial

Address _____

E-mail _____

City _____

State _____ Zip _____

Sex ☐ M ☐ F Age _____

Birthdate _____

☐ Married ☐ Widowed ☐ Single ☐ Minor

☐ Separated ☐ Divorced ☐ Partnered for _____ years

Patient Employer/School _____

Occupation _____

Employer/School Address _____

Employer/School Phone (_____) _____

Spouse's Name _____

Birthdate _____

SS# _____

Spouse's Employer _____

Whom may we thank for referring you? _____

2

DENTAL INSURANCE

Who is responsible for this account? _____

Relationship to Patient _____

Insurance Co. _____

Group # _____

Is patient covered by additional insurance? ☐ Yes ☐ No

Subscriber's Name _____

Birthdate _____ SS# _____

Relationship to Patient _____

Insurance Co. _____

Group # _____

ASSIGNMENT AND RELEASE

I certify that I, and/or my dependent(s), have insurance coverage with

_____ and assign directly to
Name of Insurance Company(ies)

Dr. _____ all insurance benefits, if any, otherwise payable to me for services rendered. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by insurance. I authorize the use of my signature on all insurance submissions.

The above-named dentist may use my health care information and may disclose such information to the above-named Insurance Company(ies) and their agents for the purpose of obtaining payment for services and determining insurance benefits or the benefits payable for related services. This consent will end when my current treatment plan is completed or one year from the date signed below.

Signature of Patient, Parent, Guardian or Personal Representative

Please print name of Patient, Parent, Guardian or Personal Representative

Date _____ Relationship to Patient _____

3

PHONE NUMBERS

Phone (_____) _____ Work (_____) _____ Ext _____ Cell (_____) _____

Spouse's Work (_____) _____ Best time and place to reach you _____

IN CASE OF EMERGENCY, CONTACT (Specify someone who does not live in your household.)

Name _____ Relationship _____

Home Phone (_____) _____ Work Phone (_____) _____

4

DENTAL HISTORY

Reason for today's visit _____

Former Dentist _____

City/State _____

Date of last dental visit _____

Date of last dental X-rays _____

Place a mark on "yes" or "no" to indicate if you have had any of the following:

Bad breath ☐ Yes ☐ No

Bleeding gums ☐ Yes ☐ No

Blisters on lips or mouth ☐ Yes ☐ No

Burning sensation on tongue ☐ Yes ☐ No

Chew on one side of mouth ☐ Yes ☐ No

Cigarette, pipe, or cigar smoking ☐ Yes ☐ No

Clicking or popping jaw ☐ Yes ☐ No

Dry mouth ☐ Yes ☐ No

Fingernail biting ☐ Yes ☐ No

Food collection between the teeth ☐ Yes ☐ No

Foreign objects ☐ Yes ☐ No

Grinding teeth ☐ Yes ☐ No

Gums swollen or tender ☐ Yes ☐ No

Jaw pain or tiredness ☐ Yes ☐ No

Lip or cheek biting ☐ Yes ☐ No

Loose teeth or broken fillings ☐ Yes ☐ No

Mouth breathing ☐ Yes ☐ No

Mouth pain, brushing ☐ Yes ☐ No

Orthodontic treatment ☐ Yes ☐ No

Pain around ear ☐ Yes ☐ No

Periodontal treatment ☐ Yes ☐ No

Sensitivity to cold ☐ Yes ☐ No

Sensitivity to heat ☐ Yes ☐ No

Sensitivity to sweets ☐ Yes ☐ No

Sensitivity when biting ☐ Yes ☐ No

Sores or growths in your mouth ☐ Yes ☐ No

How often do you floss? _____

How often do you brush? _____

5

HEALTH HISTORY

Physician's Name _____ Date of last visit _____

Have you ever used a bisphosphonate medication? Common brand names are Fosamax, Actonel, Atelvia, Didronel, Boniva. ☐ Yes ☐ No

Have you ever taken any of the group of drugs collectively referred to as "fen-phen?" These include combinations of Ionimin, Adipex, Fastin (brand names of phentermine), Pondimin (fenfluramine) and Redux (dexfenfluramine). ☐ Yes ☐ No

Place a mark on "yes" or "no" to indicate if you have had any of the following:

AIDS/HIV	☐ Yes ☐ No	Epilepsy	☐ Yes ☐ No	Respiratory Disease	☐ Yes ☐ No
Anemia	☐ Yes ☐ No	Fainting or dizziness	☐ Yes ☐ No	Rheumatic Fever	☐ Yes ☐ No
Arthritis, Rheumatism	☐ Yes ☐ No	Glaucoma	☐ Yes ☐ No	Scarlet Fever	☐ Yes ☐ No
Artificial Heart Valves	☐ Yes ☐ No	Headaches	☐ Yes ☐ No	Shortness of Breath	☐ Yes ☐ No
Artificial Joints	☐ Yes ☐ No	Heart Murmur	☐ Yes ☐ No	Sinus Trouble	☐ Yes ☐ No
Asthma	☐ Yes ☐ No	Heart Problems	☐ Yes ☐ No	Skin Rash	☐ Yes ☐ No
Back Problems	☐ Yes ☐ No	Hepatitis Type _____	☐ Yes ☐ No	Special Diet	☐ Yes ☐ No
Bleeding abnormally, with extractions or surgery	☐ Yes ☐ No	Herpes	☐ Yes ☐ No	Stroke	☐ Yes ☐ No
Blood Disease	☐ Yes ☐ No	High Blood Pressure	☐ Yes ☐ No	Swollen Feet or Ankles	☐ Yes ☐ No
Cancer	☐ Yes ☐ No	Jaundice	☐ Yes ☐ No	Swollen Neck Glands	☐ Yes ☐ No
Chemical Dependency	☐ Yes ☐ No	Jaw Pain	☐ Yes ☐ No	Thyroid Problems	☐ Yes ☐ No
Chemotherapy	☐ Yes ☐ No	Kidney Disease	☐ Yes ☐ No	Tonsillitis	☐ Yes ☐ No
Circulatory Problems	☐ Yes ☐ No	Liver Disease	☐ Yes ☐ No	Tuberculosis	☐ Yes ☐ No
Congenital Heart Lesions	☐ Yes ☐ No	Low Blood Pressure	☐ Yes ☐ No	Tumor or growth on head or neck	☐ Yes ☐ No
Cortisone Treatments	☐ Yes ☐ No	Mitral Valve Prolapse	☐ Yes ☐ No	Ulcer	☐ Yes ☐ No
Cough, persistent or bloody	☐ Yes ☐ No	Nervous Problems	☐ Yes ☐ No	Venereal Disease	☐ Yes ☐ No
Diabetes	☐ Yes ☐ No	Pacemaker	☐ Yes ☐ No	Weight Loss, unexplained	☐ Yes ☐ No
Emphysema	☐ Yes ☐ No	Psychiatric Care	☐ Yes ☐ No		
Do you wear contact lenses?	☐ Yes ☐ No	Radiation Treatment	☐ Yes ☐ No		

Women:

Are you pregnant? ☐ Yes ☐ No

Due date _____

Are you nursing? ☐ Yes ☐ No

Taking birth control pills? ☐ Yes ☐ No

MEDICATIONS

List any medications you are currently taking and the correlating diagnosis:

Pharmacy Name _____

Phone (_____) _____

ALLERGIES

☐ Aspirin

☐ Local Anesthetic

☐ Barbiturates (Sleeping pills)

☐ Penicillin

☐ Codeine

☐ Sulfa

☐ Iodine

☐ Other _____

☐ Latex

6

UPDATES (To be filled in at future appointments)

Has there been any change in your health since your last dental appointment? ☐ Yes ☐ No

For what conditions? _____

Are you taking any new medications? _____ If so, what? _____

Patient's Signature _____ Date _____

Doctor's Signature _____ Date _____

Has there been any change in your health since your last dental appointment? ☐ Yes ☐ No

For what conditions? _____

Are you taking any new medications? _____ If so, what? _____

Patient's Signature _____ Date _____

Doctor's Signature _____ Date _____

REGISTRO E HISTORIAL ODONTOLÓGICO

1

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha _____

SS/HIC/ID Paciente _____

Nombre del paciente _____
Apellido _____

Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Domicilio _____

Correo electrónico _____

Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

Correo electrónico _____

Sexo ☐ M ☐ F Edad _____

Fecha de nacimiento _____

☐ Casado ☐ Viudo ☐ Soltero ☐ Menor

☐ Separado ☐ Divorciado ☐ En pareja durante _____ años

Empleador/Escuela del paciente _____

Ocupación _____

Domicilio del empleador/escuela _____

Teléfono del empleador/escuela (____) _____

Nombre del cónyuge _____

Fecha de nacimiento _____

Empleador del cónyuge _____

¿A quién podemos agradecer su referencia? _____

2

SEGURO ODONTOLÓGICO

¿Quién es responsable de esta cuenta? _____

Relación con el paciente _____

Compañía de seguros _____

Grupo # _____

¿El paciente está cubierto por algún seguro adicional? ☐ Sí ☐ No

Nombre del suscriptor _____

Fecha de nacimiento _____

Relación con el paciente _____

Compañía de seguros _____

Grupo # _____

CESIÓN Y DIVULGACIÓN
Certifico que yo y/o mi(s) persona(s) a cargo contamos con cobertura de seguro de _____ y cedemos directamente al
Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros _____

Dr. _____ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, de otro modo pagaderos a mí por servicios prestados. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos del seguro.

El dentista arriba mencionado puede utilizar mi información sobre atención de salud y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguros arriba mencionadas y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de suscripción a continuación.

Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

Fecha

Relación con el paciente

3

NÚMEROS DE TELÉFONO

Primario (____) _____ Otro teléfono (____) _____

Primario del Cónyuge (____) _____ Mejor momento y lugar para contactarlo _____

EN CASO DE EMERGENCIA, COMUNICARSE CON (Especificar alguien que no viva en su hogar.)

Nombre _____ Relación _____

Primario (____) _____ Otro teléfono (____) _____

4

HISTORIAL ODONTOLÓGICO

Motivo de la visita de hoy _____	Ardor en la lengua ☐ Sí ☐ No	Sequedad de boca ☐ Sí ☐ No
_____	Masticación en un lado de la boca ☐ Sí ☐ No	Dolor en la boca ☐ Sí ☐ No
_____	Fumar cigarrillo, pipa o cigarro ☐ Sí ☐ No	Tratamiento de ortodoncia ☐ Sí ☐ No
Dentista Anterior _____	Chasquido o crujido mandibular ☐ Sí ☐ No	Dolor alrededor del oído ☐ Sí ☐ No
Ciudad/Estado _____	Sequedad de boca ☐ Sí ☐ No	Tratamiento periodontológico ☐ Sí ☐ No
Fecha de la última consulta odontológica _____	Comerse las uñas ☐ Sí ☐ No	Sensibilidad al frío ☐ Sí ☐ No
Fecha de últimos rayos X odontológicos _____	Acumulación de comida entre los dientes ☐ Sí ☐ No	Sensibilidad al calor ☐ Sí ☐ No
_____	Objetos extraños ☐ Sí ☐ No	Sensibilidad a lo dulce ☐ Sí ☐ No
_____	Rechinar de dientes ☐ Sí ☐ No	Sensibilidad al morder ☐ Sí ☐ No
Marcar "sí" o "no" para indicar si experimentó:	Encías hinchadas o sensibles ☐ Sí ☐ No	Llagas o protuberancias en la boca ☐ Sí ☐ No
Mal aliento ☐ Sí ☐ No	Dolor o cansancio mandibular ☐ Sí ☐ No	¿Con qué frecuencia utiliza hilo dental? _____
Sangrado de encías ☐ Sí ☐ No	Morderse los labios o las mejillas ☐ Sí ☐ No	¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____
Ampollas en labios o boca ☐ Sí ☐ No	Dientes flojos o empastes rotos ☐ Sí ☐ No	



HISTORIAL DE SALUD

Nombre del médico _____ Fecha de la última consulta _____

¿Alguna vez ha tomado alguno de los fármacos del grupo denominado en inglés "fen-phen"? Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres comerciales de la fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina). ☐ Sí ☐ No

¿Usted está tomando (o ha tomado) medicación de bisfosfonatos (recetado para prevenir o tratar osteoporosis)? Nombres comerciales de bisfosfonatos incluyen Fosamax, Actonel, Atelvia y Boniva (tomados en forma de pastilla) Otros medicamentos incluyen Aredia, Bonefos, Didronel y Zometa, cuales a veces son administradas por inyección, y pueden ser recetados para terapia contra el cáncer para reducir el dolor de los huesos. ☐ Sí ☐ No

Marcar "sí" o "no" para indicar si ha tenido:

SIDA/VIH	☐ Sí ☐ No	Epilepsia	☐ Sí ☐ No	Enfermedad respiratoria	☐ Sí ☐ No
Anemia	☐ Sí ☐ No	Desmayos o mareos	☐ Sí ☐ No	Fiebre reumática	☐ Sí ☐ No
Artritis, reumatismo	☐ Sí ☐ No	Glaucoma	☐ Sí ☐ No	Fiebre escarlata	☐ Sí ☐ No
Válvulas cardíacas artificiales	☐ Sí ☐ No	Dolores de cabeza	☐ Sí ☐ No	Dificultad para respirar	☐ Sí ☐ No
Articulaciones artificiales	☐ Sí ☐ No	Soplo cardíaco	☐ Sí ☐ No	Sinusitis	☐ Sí ☐ No
Asma	☐ Sí ☐ No	Problemas cardíacos	☐ Sí ☐ No	Erupción cutánea	☐ Sí ☐ No
Problemas lumbares	☐ Sí ☐ No	Hepatitis tipo _____	☐ Sí ☐ No	Dieta especial	☐ Sí ☐ No
Sangrado anormal en caso de extracciones o cirugía	☐ Sí ☐ No	Herpes	☐ Sí ☐ No	Apoplejía	☐ Sí ☐ No
Enfermedad sanguínea	☐ Sí ☐ No	Presión sanguínea alta	☐ Sí ☐ No	Hinchazón de pies o tobillos	☐ Sí ☐ No
Cáncer	☐ Sí ☐ No	Ictericia	☐ Sí ☐ No	Hinchazón de glándulas en cuello	☐ Sí ☐ No
Dependencia de fármacos	☐ Sí ☐ No	Dolor mandibular	☐ Sí ☐ No	Problemas de tiroides	☐ Sí ☐ No
Quimioterapia	☐ Sí ☐ No	Enfermedad renal	☐ Sí ☐ No	Amigdalitis	☐ Sí ☐ No
Problemas circulatorios	☐ Sí ☐ No	Enfermedad hepática	☐ Sí ☐ No	Tuberculosis	☐ Sí ☐ No
Lesiones cardíacas congénitas	☐ Sí ☐ No	Presión sanguínea baja	☐ Sí ☐ No	Tumor o quiste en cabeza o cuello	☐ Sí ☐ No
Tratamientos con cortisona	☐ Sí ☐ No	Prolapso de válvula mitral	☐ Sí ☐ No	Úlcera	☐ Sí ☐ No
Tos, persistente o con sangre	☐ Sí ☐ No	Problemas nerviosos	☐ Sí ☐ No	Enfermedad venérea	☐ Sí ☐ No
Diabetes	☐ Sí ☐ No	Marcapasos	☐ Sí ☐ No	Pérdida de peso inexplicada	☐ Sí ☐ No
Enfisema	☐ Sí ☐ No	Asistencia psiquiátrica	☐ Sí ☐ No		
		Tratamiento de radiación	☐ Sí ☐ No		

¿Usa lentes de contacto? ☐ Sí ☐ No

Mujeres:

¿Está usted embarazada? ☐ Sí ☐ No

Fecha de parto _____

¿Está usted amamantando? ☐ Sí ☐ No

¿Toma píldoras anticonceptivas? ☐ Sí ☐ No

MEDICAMENTOS

Enumere los medicamentos que está tomando actualmente y el diagnóstico correspondiente:

Nombre de la farmacia _____

Teléfono (_____) _____

ALERGIAS

☐ Aspirina

☐ Anestésico local

☐ Barbitúricos (Píldoras para dormir)

☐ Penicilina

☐ Codeína

☐ Sulfa

☐ Iodina

☐ Otros _____

☐ Latex



ACTUALIZACIONES (Completar en todas las consultas futuras)

¿Ha habido algún cambio en su estado de salud desde su última consulta odontológica? ☐ Sí ☐ No

¿En qué sentido? _____

¿Está tomando alguna medicación nueva? _____ ¿Cuál? _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____

.....
¿Ha habido algún cambio en su estado de salud desde su última consulta odontológica? ☐ Sí ☐ No

¿En qué sentido? _____

¿Está tomando alguna medicación nueva? _____ ¿Cuál? _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del médico _____ Fecha _____