

New Patient Form

Thank you for coming into our office. In order that we may better serve you, please fill out the following form.

Date of First Examination: <i>Fecha de hoy:</i>	Patient's Full Name: <i>Nombre del paciente:</i>	Date of Birth: <i>Fecha de nacimiento:</i>	Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <i>Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</i>
--	---	---	--

Home Address: <i>Dirección:</i>	Street <i>Calle</i>	City <i>Ciudad</i>	State <i>Estado</i>	Zip Code <i>Zip code</i>	Home Phone: <i>Teléfono:</i>
------------------------------------	------------------------	-----------------------	------------------------	-----------------------------	---------------------------------

Occupation: <i>Ocupación:</i>	Name and Address of Employer: <i>Nombre y dirección del trabajo:</i>	Business Phone: <i>Teléfono del trabajo:</i>
----------------------------------	---	---

Driver's License #: <i>Numero del licencia:</i>	Social Security Number: <i>Numero del seguro social:</i>	Cell Phone: <i>Numero del celular:</i>
--	---	---

Name of Spouse or Responsible Party: <i>Esposo o persona responsables:</i>	Occupation: <i>Ocupación:</i>	Name and Address of Employer: <i>Nombre y dirección del trabajo:</i>	Business Phone: <i>Teléfono del trabajo:</i>
---	----------------------------------	---	---

E-mail: <i>Correo electrónico:</i>	Are you covered by dental insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>Usted tiene seguro dental? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</i>
---------------------------------------	--

Referred By: <i>Por quien fue referido?</i>	Last Dental Visit: <i>La ultima vez que visitó al dentista:</i>
--	--

Purpose of Visit: <i>Razon de su visita hoy:</i>	
---	--

Yes No

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Have you ever been treated for any heart condition, high blood pressure, heart murmur, rheumatic fever, diabetes, asthma, kidney disease, cancer, etc.?
<i>¿Ha sido usted tratado por problemas del corazón, presión alta, soplos en el corazón, fiebras reumatica, diabetis, asthma, problemas con las riñones, cáncer, etc.?</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Allergies _____
<i>Alergias</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Have you ever had a reaction from any anesthetic or complications following dental treatments?
<i>¿Ha tenido usted alguna reacción cuando se le aplicado anestesia o complicaciones después del tratamiento dental?</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Are you presently, or have you during the past two years, been under the care of a physician?
<i>¿Esta usted bajo tratamiento medico o ha estado durante los ultimos dos años?</i>
Physician's name/Nombre de medico _____
Phone number/Telefono: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Are you pregnant?
<i>¿Esta usted embarazada?</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Do you have or have you recently had any evidence of infections such as boils, infected wounds, severe sore throat, or persistent cough?
<i>¿Ha tenido usted o tiene señales de infección como ampollas, heridas, dolores persistente en la garganta, o tos persistente, etc.?</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Have you ever had any illness or condition other than the common cold such as AIDS, TB, Herpes, veneral diseases, hepatitis, etc.?
<i>¿Ha tenido usted alguna enfermedad fuera del catarro comun como SIDA, Tuberculosis, Herpes, enfermedades venarias, Hepatits, etc.?</i> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Are there any other health problems we should know about?
<i>¿Tiene algun otro problema de salud que debemos saber?</i> |

This treatment is made at the fee specified and accepted by me. Any unpaid balance shall be subject to finance charges.
If collection is necessary, I agree to pay any reasonable attorney's fees and costs connected therewith.
*Este tratamiento fue explicado en detalle y aceptado por mi persona. Cualquier duda sera objecto a recargos financieros.
Si es necesario recorrer a medios legales yo estare de acuerdo a pagar tal cargos.*

Signature (Firma)

Date (Fecha)