



Nombre De Paciente _____ Fecha _____

el apellido el nombre de pila la inicial del segundo nombre

SS/HIC/Patient ID # _____ El Sexo Macho La mujer

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

INFORMACION DEL PACIENTE

Correo Electronico _____

Fecha de Nacimiento _____ Casado/a Viudo/a

Soltero/a Divorciado/a Separado/a Menor Partnered

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

Ocupación _____

Paciente Empleado/Escola _____

Empleado/Escola Direccion _____

Empleado/Escola Numero De Telefono (_____) _____

Nombre de Pareja _____

Fecha de Nacimiento _____ SS# _____

Empleado del cónyuge _____

Verifique que numero es el mejor para comunicarse con usted. Mejor tiempo?

Telefono residencial (_____) _____

Telefono de trabajo (_____) _____ Ext. _____

Telefono celular (_____) _____

Contacto de Emergencia (Especifique a alguien que no viva en su hogar)

Nombre _____

Relacion _____

Telefono residencial (_____) _____

Telefono de trabajo (_____) _____ Ext. _____

EL SEGURO DENTAL

Quien es el responsable de esta cuenta? _____

Relacion al paciente _____

Compañia de Seguro _____

Empleador _____

Numero de Grupo# _____

El paciente cubierto por un Seguro adicional? Si No

Nombre del suscriptor _____

Fecha de Nacimiento _____ SS# _____

Relacion al paciente _____

Compañia de Seguro _____

Numero de Grupo # _____

ASIGNACION Y LIBERACION

Certifico que yo, y/o dependientes tienen Seguro con

_____ y asignar directamente al Dr. Ralph Kaye todos los beneficios del Seguro, si la hubiera, de lo contrario, me seria pagadero por los servicios. Entiendo que yo soy financieramente responsable de todos los cargos pagado o no por el Seguro. Autorizo el uso de mi firma en todas las presentaciones de Seguro.

El dentista nombrando anteriormente puede usar mi informacion de atencion medica y puede divulgar dicha informacion al Seguro mencionado anteriormente y sus agentes para el proposito de obtener pago por servicios y determinar los beneficios del Seguro o el beneficios pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento finalizara cuando mi plan de tratamiento actual esta completo o un ano a partir de la fecha firmado o continuacion.

Firma de paciente, guardian, o representante personal

Especifique a alguien que no viva en su hogar

Fecha

Relacion al paciente

HISTORIA DENTAL

Razon para la visita de hoy _____

Dentista de referencia _____

Ciudad/Estado _____

Fecha de la ultima vista al dentista _____

Fecha de la ultima radiografia _____

Comprobar si o no para indicar si tienes unos de lo siguientes:

Mal aliento Si No

Encias sangrantes Si No

Ampollas en los labios or la boca Si No

Burning sensation on tongue Si No

m (((((Si No

p ((Si No

h (((((Si No

b (Si No

m (((((Si No

s ((Si No

Foreign objects Si No

Grinding teeth Si No

Gums swollen or tender Si No

Jaw pain or tiredness Si No

Lip or cheek biting Si No

Loose teeth or broken filings Si No

Mouth breathing Yes No

Mouth pain, brushing Yes No

Orthodontic treatment Yes No

Pain around ear Yes No

Family history of gum disease 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 mouth Yes No

How often do you floss? _____

How often do you brush? _____

HEALTH HISTORY

Physician's Name _____ Physician's Phone (_____) _____

Date of last visit _____

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

Check YES or NO to indicate if you have had any of the following:

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

Are you taking Aspirin, Motrin or Blood Thinners Yes No _____

Women

Are you pregnant? Yes No Due Date _____

Are you nursing? Yes No

MEDICATIONS

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

ALLERGIES

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aspirin | <input type="checkbox"/> Local Anesthetic |
| <input type="checkbox"/> Barbiturates (Sleeping Pills) | <input type="checkbox"/> Penicillin |
| <input type="checkbox"/> Codeine | <input type="checkbox"/> Sulfa |
| <input type="checkbox"/> Iodine | <input type="checkbox"/> Other _____ |
| <input type="checkbox"/> Latex | _____ |

PHARMACY

For the office to send your prescription(s) to your pharmacy, this area **MUST** be completed in full.

Pharmacy Name _____

Pharmacy Phone (_____) _____ Pharmacy Address _____

Patient's Signature _____ Date _____