



GREENFIELD AND SALINAS DENTAL GROUP & DENTAL IMPLANT CENTERS

Patient Information *Información del Paciente*

Please take a moment to enter or update your information to help us ensure the quality of your care is excellent.
Favor de tomar un momento para llenar esta forma. Esto nos ayudará a mejorar la calidad de nuestros servicios.

Prefiero que me hablen en español Are you covered by dental insurance? *¿Está cubierto por aseguranza?* Yes No

Patient Name: _____
Nombre del Paciente Last *Apellido* First *Nombre* MI *Inicial* Preferred Name *Nombre Preferido*

Gender / *Genero*: Male Female Family Status: Married Single Child Other
Masculino Femenino Estado Civil Casado(a) Soltero(a) Hijo(a) Otro

Birth Date: ____/____/____ Age: ____ SS # *Número Seguro Social*: _____ - _____ - _____
Fecha de Nac. Edad

Address *Dirección*: _____
Number *Número* City *Ciudad* State *Estado* Zip Code *Código Postal*

Mailing Address (if different) *Caja de Correo*: _____

Email Address: _____ Driver's Lic. # (Will need to copy it) _____
Correo Electrónico Lic. De Manejo # (La copiaremos)

Phone: _____ Ext _____
Telefono Home Casa Work Trabajo Mobile Celular

_____ Fax _____ Other *Otro*

If Patient is A Minor Please Complete		Sección Para Pacientes Menores de Edad:	
Parent/Guardian: _____		_____ / ____ / ____	
Last <i>Apellido</i> First <i>Nombre</i> MI <i>Inicial</i>		Parent's Date of Birth / <i>Fecha de Nac</i>	
SS #: _____		Relationship to Patient: _____	
<i>Número de Seguro Social del Padre</i>		<i>Parentesco con el Paciente</i>	
Address <i>Dirección</i> : _____			
Number <i>Número</i>		City <i>Ciudad</i> State <i>Estado</i> Zip Code <i>Código Postal</i>	

Have you ever had an unusual or unpleasant experience in a dentist office? If so, describe:

¿Ha tenido una experiencia inusual o desagradable en la oficina dental? Si es así, descríbela

Do you feel nervous being here? *¿Se siente nervioso aqui?:* No Yes, a little *Si, un poco*
 Yes, moderately so (I require special care/medications) Yes, lots (to the point of being paranoid)
Si, moderadamente (Requiero cuidado especial/medicamentos) Si, mucho (al punto de estar paranoico)

Which of the following applies? *¿De lo siguiente, qué es lo que se aplica a usted?*

I am happy with my smile I think my smile needs a lot of work
Estoy feliz con mi sonrisa Creo que mi sonrisa necesita trabajo
 I have a toothache My gums bleed My teeth are loose I am interested in whitening my teeth
Tengo dolor de dientes Mis encias sangran Mis dientes estan flojos Estoy interesado en blanquear mis dientes

Do you have artificial joints (hips, knees, TMJ, etc) or artificial heart valves? *¿Tiene coyunturas artificiales, (Caderas, tobillos, TMJ, etc) o valvulas del corazón artificiales?* Yes No

Are you taking any drugs or medications? Please list them below. *¿Está tomando drogas o medicamentos?*

Are you taking any blood thinners? *¿Está tomando medicamentos para adelgazar la sangre?* Yes No

WOMEN: Are you pregnant or breastfeeding? **Mujeres solamente:** *¿Está embarazada o amamantando?* Yes No

WOMEN: Are you taking birth control medication? (We need to know in case we prescribe antibiotics because they will make birth control medication inactive) **Mujeres solamente:** *¿Está tomando medicamentos para control de embarazo? Necesitamos saber en caso de que le recetemos antibioticos porque harán el control de embarazo inactivo.)* Yes No

Have you ever been diagnosed with? (¿Ha sido diagnosticado con alguno de estos?)

- | | | | |
|---|--|---|---|
| Yes No | Yes No | Yes No | Yes No |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Allergy - Aspirin
<i>Alergia - Aspirina</i> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Allergy - Codeine
<i>Alergia - Codeína</i> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Allergy - Erythromycin
<i>Alergia - Eritromicina</i> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AIDS/SIDA |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Allergy - Latex
<i>Alergia - Botánica</i> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Allergy - Other
<i>Alergia - Otro</i> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Allergy - Penicillin
<i>Alergia - Penicilina</i> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Allergy - Hay Fever
<i>Alergia - Fiebre del Heno</i> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artificial Joints
<i>Coyunturas Artificiales</i> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Allergy - Sulfa
<i>Alergia - Sulfa</i> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Blood Disease
<i>Enfermedad de la Sangre</i> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsy
<i>Epilepsia</i> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Excessive Bleeding
<i>Sangrado Excesivo</i> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fainting/Desmayos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dizziness/Mareos |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Head/Cabeza Problem | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Heart Disease
<i>Enfermedad del Corazón</i> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Heart Murmur/soplo | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> High Blood Pressure
<i>Alta Presión</i> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HIV/VIH | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kidney disease
<i>Enfermedad de riñones</i> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mental Disorders
<i>Desordenes Mentales</i> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nervous Disorders
<i>Enfermedades Nerviosas</i> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Respiratory Problems
<i>Problemas Respiratorios</i> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Liver/Hígado Disease |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pregnancy/Embarazada | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Radiation Treatment
<i>Tratamiento de Radiación</i> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stomach Problems
<i>Problemas Estomacales</i> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pacemaker/Marca Paso |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rheumatism
<i>Reumatismo</i> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sinus Problems
<i>Problemas Nasales</i> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever
<i>Fiebre Reumática</i> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Taking Blood Thinner
<i>Tomando Adelgazantes de Sangre</i> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thyroid/tiroides | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stroke/Embolio |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ulcers
<i>Úlceras</i> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Venereal Disease
<i>Enfermedades Venereas</i> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tumors
<i>Tumores</i> |

Are you under the care of a physician? For what medical conditions?

¿Está bajo cuidado médico? ¿Para qué condiciones médicas?

Are you taking Bisphosphonates (Boneva, Actonel, Fosamax, etc.) Yes No

¿Está usted tomando Bisphosphonates? (Para reforzar los huesos)

Have you ever taken Fen-phen? (¿Nunca ha usado Fen-phen?) Yes No

Any medical condition or allergy not listed above?

¿Tiene alguna condición médica o alergia no enlistada arriba?

Consent for Services

As a condition of treatment by this office, financial arrangements must be made in advance. The practice depends upon reimbursements from patients for the costs incurred in their care. Financial responsibility on the part of each patient must be determined before treatment.

All emergency dental services, or any dental services performed without previous financial arrangements, must be paid for in cash at the time services are performed unless other arrangements are made.

Consentimiento de Servicios

Como una condición de tratamiento por esta oficina, arreglos financieros deben de ser hechos por adelantado. Esta clinica depende del reembolso de pacientes para los costos contados en su cuidado. La responsabilidad financiera en la parte de cada paciente debe de ser determinada antes del tratamiento.

Toda emergencia de servicios dentales, o algún servicio dental realizado sin arreglos financieros anteriores debe ser pagada en efectivo en los servicios al tiempo que son realizados, a menos que otros arreglos sean hechos.

A service charge, with a minimum \$39 or 1.8% per month (22% per annum) on the unpaid balance will be charged on all accounts exceeding 60 days, unless previously written financial arrangements are satisfied.

I understand that any fee estimate for this dental care can only be extended for a period of 3 months from the date of the patient examination. We reserve the right to charge a \$39 penalty for either missed budget payment or collection fee.

In consideration for the professional services rendered to me by this practice, I agree to pay the charges for the services at the time of treatment.

Un cargo de 1.8% por mes (22% al año) en el balance no pagado será cargado en todas cuentas que excedan 60 días, con un mínimo de \$39a menos que arreglos financieros anteriormente escritos sean satisfechos.

Comprendo que cualquier estimación de honorario para este cuidado dental solo puede ser extendida por un periodo de 3 meses de la fecha del examen dental. Reservamos el derecho de cobrar penalty de \$39 por falta de pago o como cobro de administración de colecciones.

En la consideración para los servicios profesionales rendidos a mi por esta oficina dental, yo estoy de acuerdo en pagar los cargos para los servicios del tratamiento.

I have read the above conditions of treatment and payment and agree to their content.

He leído las condiciones del tratamiento y pago indicadas arriba y estoy de acuerdo con su contenido.

Signature of patient, parent, or guardian (responsible party):

Firma del paciente, padre, o tutor (persona responsable):

Patient's or Guardian's Signature: _____

Firma del Paciente o Guardian

Date:

Fecha

Doctor's Signature