



# Keene Family Dental

We are pleased to welcome you to our practice. Please take a few minutes to fill out this form completely. If you have any questions we'll be glad to help you. We look forward to working with you in maintaining your dental health.

## Patient Information

Date: \_\_\_\_\_ Home Phone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell Phone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Name: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
 Sex:  M  F Age: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_  
 Married  Widowed  Single  Minor  Separated  Divorced  
 Whom may we thank for referring you? \_\_\_\_\_  
 In case of emergency, who should be notified? \_\_\_\_\_

## Primary Insurance

Person Responsible for Account: \_\_\_\_\_  
 Relation to Patient: \_\_\_\_\_ Birthdate: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_  
 Address (if different from patient's): \_\_\_\_\_  
 Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
 Person Responsible Employed by: \_\_\_\_\_ Occupation: \_\_\_\_\_  
 Business Address: \_\_\_\_\_ Business Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Insurance Company: \_\_\_\_\_ Dental/Member Services Number: \_\_\_\_\_  
 Subscriber #: \_\_\_\_\_ Group #: \_\_\_\_\_  
 Names of other dependents under this plan: \_\_\_\_\_

## Dental History

Reason for Today's Visit: \_\_\_\_\_ Date of Last Dental Care: \_\_\_\_\_  
 Former Dentist: \_\_\_\_\_ Date of Last Dental X-rays: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_  
 Check (✓) if you have had any of the following:  Bad breath  Grinding  
 Sensitivity to heat  Bleeding Gum  Loose teeth or broken fillings  
 Sensitivity to sweets  Clicking or Popping  Periodontal treatment  
 Sensitivity when biting  Food collection between teeth  Sensitivity to cold  
 Sores or growth in your mouth  
 How often do you floss? \_\_\_\_\_ How often do you brush? \_\_\_\_\_



## Medical History

Physician's name: \_\_\_\_\_ Date of last visit: \_\_\_\_\_

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

Have you had any serious illnesses or operations? \_\_\_ Yes \_\_\_ No

If yes, describe: \_\_\_\_\_

Have you ever had a blood transfusion? \_\_\_ Yes \_\_\_ No

If yes, give approximate date: \_\_\_\_\_

(WOMEN) Are you pregnant? \_\_\_ Yes \_\_\_ No      Nursing? \_\_\_ Yes \_\_\_ No

Taking birth control pills? \_\_\_ Yes \_\_\_ No

Please circle if you have or have had any of the following:

- |                         |                     |                       |                         |
|-------------------------|---------------------|-----------------------|-------------------------|
| Anemia                  | Cortisone Treatment | Hepatitis             | Scarlet Fever           |
| Arthritis, Rheumatism   | Cough, Persistent   | High Blood Pressure   | Shortness of breath     |
| Artificial Heart Valves | Cough up blood      | HIV/AIDS              | Skin Rash               |
| Artificial Joints       | Diabetes            | Jaw Pain              | Stroke                  |
| Asthma                  | Epilepsy            | Kidney disease        | Swelling of feet/ankles |
| Back problems           | Fainting            | Liver disease         | Thyroid problems        |
| Blood disease           | Glaucoma            | Mitral Valve prolapse | Tobacco habit           |
| Cancer                  | Headaches           | Pacemaker             | Tonsillitis             |
| Chemical Dependency     | Heart Murmur        | Radiation Treatment   | Tuberculosis            |
| Chemotherapy            | Heart Problems      | Respiratory disease   | Ulcer                   |
| Circulatory Problems    | Hemophilia          | Rheumatic fever       | Venereal disease        |

Other: \_\_\_\_\_

What medications are you taking? \_\_\_\_\_

What medications are you allergic to? \_\_\_\_\_

I certify that I, and/or my dependent(s), have insurance coverage with \_\_\_\_\_ and assign direction to 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.

I certify that the information above is correct and complete.

\_\_\_\_\_  
Signature of patient, guardian or personal representative

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Please print name of patient, parent, guardian or personal representative.

\_\_\_\_\_  
Relationship to patient



# Keene Family Dental

Nos complace darle la bienvenida a nuestra práctica. Por favor tómese unos minutos para llenar este formulario completamente. Si usted tiene alguna pregunta estaremos encantados de ayudarle. Esperamos con interés trabajar con usted en el mantenimiento de su salud dental.

## La Información del Paciente

Fecha: \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Nombre: \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección de Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Sexo: \_\_\_M\_\_\_F Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_Soltero(a) \_\_\_Casado(a) \_\_\_Viudo(a) \_\_\_Separado(a) \_\_\_Divorciado(a)  
 ¿A quién podemos agradecer por habernos referido a Ud.? \_\_\_\_\_  
 ¿En caso de emergencia, a quién se deberá notificar? \_\_\_\_\_

## Seguro Primario

¿Quién es responsable por esta cuenta?: \_\_\_\_\_  
 Relación del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Empleado(a) por: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleador : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Compañía Aseguradora: \_\_\_\_\_ Grupo Número: \_\_\_\_\_

## Actualización de la Historia Clínica

Motivo de la visita de hoy: \_\_\_\_\_  
 Fecha de la última Visita al Dentista: \_\_\_\_\_ Ex Dentista: \_\_\_\_\_  
 Fecha de la última Radiografía Dental: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 ¿Ha tenido alguno de los siguientes?: \_\_\_Mal Aliento \_\_\_Rechinar  
 \_\_\_Sensibilidad al Calor \_\_\_Sangrado de las Encías \_\_\_Dientes Flojos o Empastes Rotos  
 \_\_\_La Sensibilidad a los Dulces \_\_\_Clic o Chasquidos \_\_\_Tratamiento Periodontal  
 \_\_\_Cuando la Sensibilidad Morder \_\_\_Recogida de Alimentos Entre los Dientes  
 \_\_\_Sensibilidad al Frío \_\_\_Llagas o Crecimiento en la Boca  
 ¿Con qué frecuencia usa el hilo dental? \_\_\_\_\_  
 ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_



## Historia Clínica

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Fecha del Último Examen Físico: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido Ud. alguna vez algo de lo siguiente? (marque las Casillas que correspondan):

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón          | <input type="checkbox"/> Epilepsia  | <input type="checkbox"/> Dieta Especial              |
| <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Alta         | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza                                  | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática            |
| <input type="checkbox"/> Presión Sanguínea Baja         | <input type="checkbox"/> Hepatitis, Ictericia o Enfermedad del Hígado       | <input type="checkbox"/> Problemas de la Sinus       |
| <input type="checkbox"/> Problemas Circulatorios        | <input type="checkbox"/> Cáncer   | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA u Otros            |
| <input type="checkbox"/> Problemas Nerviosos            | <input type="checkbox"/> Tratamiento Siquiátrico                            | <input type="checkbox"/> Trastornos Inmunosupresores |
| <input type="checkbox"/> Radioterapia                   | <input type="checkbox"/> Diarrea Crónica                                    | <input type="checkbox"/> Embolia Cerebral            |
| <input type="checkbox"/> Glándulas del Cuello Hinchadas | <input type="checkbox"/> Alergias a Anestésicos                             | <input type="checkbox"/> Úlcera                      |
| <input type="checkbox"/> Reciente Pérdida de Peso       | <input type="checkbox"/> Alergias a Medicinas o Drogas                      | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas       |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la Espalda        | <input type="checkbox"/> Alergias Generales                                 | <input type="checkbox"/> Droga adicción              |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                       | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre                            | <input type="checkbox"/> Hemofilia                   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades Respiratorias     | <input type="checkbox"/> Articulaciones o Válvulas del Corazón Artificiales | <input type="checkbox"/> Artritis                    |

¿Tiene Ud. alguna alergia a medicamentos, o ha tenido Ud. alguna vez una reacción adversa a algún medicamento? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, ¿a qué? \_\_\_\_\_

¿Ha reaccionado Ud. alguna vez adversamente a un tratamiento médico o dental? \_\_\_\_\_

¿Está tomando Ud. actualmente algún medicamento? \_\_\_\_\_ Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? \_\_\_\_\_

¿Ha tomado Ud. alguna vez algún medicamento del grupo al que se le conoce como "fenfen" (fenphen, en inglés). Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipez, Fastin (nombres de marcas de fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramine).

Sí  No

¿Está Ud. bajo el cuidado de un médico?  Sí  No ¿Por el tratamiento de qué condiciones? \_\_\_\_\_

Si el paciente es un niño, ¿cuánto pesa el niño? \_\_\_\_\_

(Mujeres) ¿Sospecha Ud. que está embarazada?  Sí  No ¿Está Ud. amamantando a un bebé?  Sí  No

¿Hay alguna otra cosa que nosotros debiéramos saber sobre su historia clínica? \_\_\_\_\_

La información de arriba es correcta y completa, a mi leal saber y entender, y se proporciono con el único objeto de que ése use en mi tratamiento, para facturación, y para procesamiento ante el seguro de los beneficios a los que tengo derecho. Yo no haré responsable a mi dentista ni a ningún integrante de su personal por errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.

Fecha \_\_\_\_\_ Firma (SIGUE AL DORSO) \_\_\_\_\_

### TRASPASO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Yo, el suscrito, tengo seguro con (Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros \_\_\_\_\_  
Y traspaso directamente al Dr. \_\_\_\_\_ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, que de otra manera son pagaderos a mí por servicios prestados. Yo entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos incurridos, ya sea que son pagados por el seguro o no. Por el presente yo autorizo al doctor a divulgar toda la información que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Yo autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones que se hagan ante el seguro ya sea que se hagan ante el seguro, ya sea que son hechas manualmente o electrónicamente.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO SOBRE MENOR/NIÑO

Yo, siendo el padre o tutor de (Nombre del menor/niño) \_\_\_\_\_ por el presente solicito del y autorizo al personal dental que preste los servicios dentales necesarios para mi niño, incluyendo pero no limitados a, radiografías y la administración de anestesia, que sean considerados aconsejables por el doctor, sea que yo esté presente o no en la cita dental cuando el tratamiento se lleve a cabo.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Asegurado/Tutor: \_\_\_\_\_

### ACUERDO FINANCIERO

Yo acepto que el pago de los servicios dentales se vence cuando se realiza el tratamiento, a menos que se hayan hecho otros arreglos. Yo estoy de acuerdo en que los padres o los tutores son responsables por todos los honorarios y servicios prestados para el tratamiento de mi menor/niño. Yo acepto responsabilidad financiera total por todos los cargos no cubiertos por el seguro.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Asegurado/Tutor: \_\_\_\_\_