



Welcome to Coast Dental / *Bienvenido a Coast Dental*

Patient Information / *Información del Paciente*

First Name / *Nombre* Last Name / *Apellido*

Address / *Dirección*

City / *Ciudad* State / *Estado* Zip / *Código postal*

Home Phone Number / *Teléfono particular* Work Phone Number / *Teléfono laboral*

Cell Phone Number / *Teléfono celular* Email / *Correo electrónico*

Social Security Number / *Número de Seguro Social* Date of Birth / *Fecha de nacimiento*

Emergency Contact Name / *Nombre del contacto de emergencia* Phone Number / *Teléfono*

Policy Holder/Responsible Party Information / *Información del Responsable/Titular de Póliza*

Name (if other than patient name) / *Nombre (si no es el paciente)* Relationship to Patient / *Relación con el Paciente*

Address / *Dirección*

City / *Ciudad* State / *Estado* Zip / *Código postal*

Social Security Number / *Número de Seguro Social* Policy Holder's Date of Birth / *Fecha de Nacimiento del Titular de Póliza*

Employer Name / *Nombre del Empleador* Insurance Company / *Empresa de Seguro* Group or Policy Number / *Número de Póliza o Grupo*

Dental History / *Antecedentes Dentales*

Previous Dentist Name / *Nombre del Dentista Anterior* Reason for Leaving / *Motivo de Abandono*

Date of last cleaning / *Fecha de última limpieza*

Explain the reason for your visit today / *Explique el motivo de la visita de hoy*

EAGLESOFT NO.

INSURANCE CO.

FEE SCHEDULE

MEDICAL ALERT

Dental History / Antecedentes Dentales

- Y / S N / N Are you experiencing any discomfort? / ¿Siente alguna molestia?
- Y / S N / N Do you snore? / ¿Usted ronca?
- Y / S N / N Do you have bleeding gums? / ¿Le sangran las encías?
- Y / S N / N Do you have bad breath? / ¿Tiene mal aliento?
- Y / S N / N Do you grind your teeth? / ¿Aprieta los dientes?
- Y / S N / N Do you play sports? / ¿Practica algún deporte?
- Y / S N / N Are you sensitive to hot, cold or sweets? / ¿Tiene sensibilidad al calor, el frío o los dulces?
- Y / S N / N Have you ever received Periodontal Therapy? / ¿Ha recibido terapia periodontal alguna vez?
- Y / S N / N Do you take a fluoride supplement? / ¿Toma suplemento de flúor?
- Y / S N / N Do you use tobacco? / ¿Consume tabaco?
- Y / S N / N Do you drink coffee or tea? / ¿Bebe café o té?
- Y / S N / N Interested in having whiter/brighter teeth? / ¿Le interesaría tener dientes más blancos/brillantes?
- Y / S N / N Do you have difficulty brushing your teeth? / ¿Tiene dificultades para cepillarse los dientes?
- How would you rate your smile on a scale from 1 to 10, with 10 being the highest? / ¿Cómo calificaría su sonrisa en una escala de 1 al 10, siendo 10 la calificación más alta?

Dentures/Partial Patients / Pacientes con Prótesis Parciales/dentaduras

- Y / S N / N Do you wear a denture or partial? / ¿Usa dentadura postiza o prótesis parciales?
- How old is your denture or partial? / ¿Qué antigüedad tiene su dentadura postiza o prótesis parcial?
- Y / S N / N Does your denture cause irritation/soreness? / La dentadura postiza, ¿le causa irritación/dolor?
- Y / S N / N Are your dentures loose? / ¿Su dentadura postiza está floja?

Medical History / Antecedentes médicos

..... Primary Care Physician Name / Médico de Atención Primaria

..... Physician Phone Number / Teléfono del Médico

- Y / S N / N Are you under a physician's care? / ¿Se atiende con algún médico?
- Y / S N / N Have you ever been hospitalized or had a major operation? / ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha sido sometido una intervención quirúrgica importante?
- Y / S N / N Have you ever had a serious head or neck injury? / ¿Ha sufrido alguna vez una lesión de cabeza o cuello grave?
- Y / S N / N Women: Are you pregnant, trying to get pregnant or nursing? / Mujeres: ¿Está embarazada, intentando quedar embarazada o amamantando?
- Y / S N / N Do you use controlled substances? / ¿Utiliza sustancias de consumo controlado?

If you answered yes to any of the above questions, please explain: / Si respondió sí a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor explique:

.....

Are you allergic or do you react adversely to any of the following? / ¿Es usted alérgico o sufre reacciones adversas a alguno de los siguientes elementos?

- Y / S N / N Aspirin / Aspirina
- Y / S N / N Acrylic / Acrílico
- Y / S N / N Sulfa drugs / Fármacos con sulfa
- Y / S N / N Penicillin or other antibiotics / Penicilina u otros antibióticos
- Y / S N / N Tetracycline / Tetraciclina
- Y / S N / N Metal / Metal
- Y / S N / N Barbiturates, sedatives or sleeping pills / Barbitúricos, sedantes u otras píldoras para dormir
- Y / S N / N Codeine / Codeína
- Y / S N / N Latex / Látex
- Y / S N / N Local anesthetics (Novacaine-like medication) / Anestésicos locales (medicamento parecido a la Novocaína)
- Y / S N / N Milk protein / Proteína de la leche

Other / Otros

.....

Please check any conditions that you currently or previously have had: / Marque las condiciones que tenga actualmente o que haya tenido anteriormente:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> AIDS/HIV Positive / <i>SIDA/VIH positivo</i> | <input type="checkbox"/> Excessive Thirst / <i>Sed excesiva</i> | <input type="checkbox"/> Parathyroid Disease / <i>Enfermedad paratiroidea</i> |
| <input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease / <i>Enfermedad de Alzheimer</i> | <input type="checkbox"/> Fainting Spells/Dizziness / <i>Desmayos/mareos</i> | <input type="checkbox"/> Parkinson's Disease / <i>Enfermedad de Parkinson's</i> |
| <input type="checkbox"/> Anaphylaxis / <i>Anafilaxis</i> | <input type="checkbox"/> Frequent Cough / <i>Tos frecuente</i> | <input type="checkbox"/> Pins, Rods, Stints or Shunts / <i>Pernos, varillas, soportes y desviaciones</i> |
| <input type="checkbox"/> Anemia / <i>Anemia</i> | <input type="checkbox"/> Frequent Diarrhea / <i>Diarrea frecuente</i> | <input type="checkbox"/> Psychiatric Care / <i>Atención psiquiátrica</i> |
| <input type="checkbox"/> Angina / <i>Angina</i> | <input type="checkbox"/> Frequent Headaches / <i>Dolores de cabeza frecuentes</i> | <input type="checkbox"/> Radiation Treatments / <i>Radioterapia</i> |
| <input type="checkbox"/> Arthritis/Gout / <i>Artritis/Gota</i> | <input type="checkbox"/> Glaucoma / <i>Glaucoma</i> | <input type="checkbox"/> Recent Weight Loss / <i>Pérdida de peso reciente</i> |
| <input type="checkbox"/> Artificial Heart Valve* / <i>Válvula cardíaca artificial*</i> | <input type="checkbox"/> Hay Fever / <i>Fiebre del heno</i> | <input type="checkbox"/> Renal Dialysis / <i>Diálisis renal</i> |
| <input type="checkbox"/> Artificial Joint* / <i>Articulación artificial*</i> | <input type="checkbox"/> Heart Attack/Failure / <i>Insuficiencia/ataque cardíaco</i> | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever / <i>Fiebre reumática</i> |
| <input type="checkbox"/> Asthma / <i>Asma</i> | <input type="checkbox"/> Heart Murmur* / <i>Soplo cardíaco*</i> | <input type="checkbox"/> Rheumatism / <i>Reumatismo</i> |
| <input type="checkbox"/> Blood Disease / <i>Enfermedad sanguínea</i> | <input type="checkbox"/> Heart Pacemaker* / <i>Marcapasos cardíaco*</i> | <input type="checkbox"/> Scarlet Fever / <i>Escarlatina</i> |
| <input type="checkbox"/> Blood Transfusion / <i>Transfusión de sangre</i> | <input type="checkbox"/> Heart Trouble/Disease / <i>Problemo cardíaco</i> | <input type="checkbox"/> Shingles / <i>Culebrilla</i> |
| <input type="checkbox"/> Breathing Problem / <i>Problemas respiratorios</i> | <input type="checkbox"/> Hemophilia / <i>Hemofilia</i> | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Disease / <i>Células falciformes</i> |
| <input type="checkbox"/> Bruise Easily / <i>Formación de moretones</i> | <input type="checkbox"/> Hepatitis A / <i>Hepatitis A</i> | <input type="checkbox"/> Sinus Problem / <i>Problemas en los senos paranasales</i> |
| <input type="checkbox"/> Cancer / <i>Cáncer</i> | <input type="checkbox"/> Hepatitis B or C / <i>Hepatitis B o C</i> | <input type="checkbox"/> Spina Bifida / <i>Espina bifida</i> |
| <input type="checkbox"/> Chemotherapy / <i>Quimioterapia</i> | <input type="checkbox"/> Herpes / <i>Herpes</i> | <input type="checkbox"/> Stomach/Intestinal Disease / <i>Enfermedades estomacales/intestinales</i> |
| <input type="checkbox"/> Chest Pains / <i>Dolores en el pecho</i> | <input type="checkbox"/> High Blood Pressure / <i>Presión arterial elevada</i> | <input type="checkbox"/> Stroke / <i>Accidente cerebrovascular</i> |
| <input type="checkbox"/> Cold Sores/Fever Blisters / <i>Aftas/ampollas</i> | <input type="checkbox"/> Hives or Rash / <i>Erupciones</i> | <input type="checkbox"/> Swelling of Limbs / <i>Hinchazón de las extremidades</i> |
| <input type="checkbox"/> Congenital Heart Disorder / <i>Trastorno cardíaco congénito</i> | <input type="checkbox"/> Hypoglycemia / <i>Hipoglucemia</i> | <input type="checkbox"/> Thyroid Disease / <i>Enfermedad tiroidea</i> |
| <input type="checkbox"/> Convulsions / <i>Convulsiones</i> | <input type="checkbox"/> Irregular Heartbeat / <i>Frecuencia cardíaca irregular</i> | <input type="checkbox"/> Tonsillitis / <i>Amigdalitis</i> |
| <input type="checkbox"/> Cortisone Medicine / <i>Medicación con cortisona</i> | <input type="checkbox"/> Kidney Problems / <i>Problemas renales</i> | <input type="checkbox"/> Tuberculosis / <i>Tuberculosis</i> |
| <input type="checkbox"/> Diabetes / <i>Diabetes</i> | <input type="checkbox"/> Leukemia / <i>Leucemia</i> | <input type="checkbox"/> Tumors or Growths / <i>Tumores o crecimientos</i> |
| <input type="checkbox"/> Drug Addiction / <i>Drogadicción</i> | <input type="checkbox"/> Liver Disease / <i>Enfermedad hepática</i> | <input type="checkbox"/> Ulcers / <i>Úlceras</i> |
| <input type="checkbox"/> Easily Winded / <i>Se agita fácilmente</i> | <input type="checkbox"/> Low Blood Pressure / <i>Presión arterial baja</i> | <input type="checkbox"/> Venereal Disease / <i>Enfermedad venérea</i> |
| <input type="checkbox"/> Emphysema / <i>Enfisema</i> | <input type="checkbox"/> Lung Disease / <i>Enfermedad pulmonar</i> | <input type="checkbox"/> Yellow Jaundice / <i>Ictericia</i> |
| <input type="checkbox"/> Endocarditis / <i>Endocarditis</i> | <input type="checkbox"/> Mitral Valve Prolapse* / <i>Prolapso de válvula mitral*</i> | <input type="checkbox"/> None / <i>Ninguno</i> |
| <input type="checkbox"/> Epilepsy or Seizures / <i>Epilepsia o convulsiones</i> | <input type="checkbox"/> Osteoporosis / <i>Osteoporosis</i> | |
| <input type="checkbox"/> Excessive Bleeding / <i>Hemorragia excesiva</i> | <input type="checkbox"/> Pain in Jaw Joints / <i>Dolor en las articulaciones mandibulares</i> | |

*Condition may require medication / *Estas condiciones pueden requerir medicación

List any major illness not listed above: / Mencione cualquier enfermedad importante que no se haya mencionado anteriormente:

Please check any medications and/or supplements taken in the past 12 months: / Marque los medicamentos y/o los suplementos que haya tomado en los últimos 12 meses:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Antibiotics or sulfa drugs / <i>Antibióticos o fármacos con sulfa</i> | <input type="checkbox"/> Nitroglycerine / <i>Nitroglicerina</i> |
| <input type="checkbox"/> Tranquilizer / <i>Tranquilizantes</i> | <input type="checkbox"/> Anticoagulants (e.g. Coumadin, blood thinners) / <i>Anticoagulantes (por ej. Coumadin)</i> |
| <input type="checkbox"/> Aspirin (daily) / <i>Aspirina (diariamente)</i> | <input type="checkbox"/> Contraceptives / <i>(Pildoras anticonceptivas)</i> |
| <input type="checkbox"/> Insulin or diabetes medication / <i>Insulina o medicamentos para la diabetes</i> | <input type="checkbox"/> Bisphosphonates (used to treat osteoporosis, such as Fosamax, Boniva, Actonel and Zometa) / <i>Bifosfonatos (usados para tratar la osteoporosis, como Fosamax, Boniva, Actonel y Zometa)</i> |
| <input type="checkbox"/> Herbal supplements / <i>Suplementos a base de hierbas</i> | <input type="checkbox"/> Phen-Fen or Redux / <i>Phen-Fen o Redux</i> |
| <input type="checkbox"/> High blood pressure medicine / <i>Medicina para la presión arterial elevada</i> | |
| <input type="checkbox"/> Heart medications / <i>Medicamentos para el corazón</i> | |

List all medications/supplements you are currently taking: / Mencione todos los medicamentos/suplementos que esté tomando actualmente:

I have answered all questions to the best of my knowledge. I will notify the dental health provider of any change in my health or medication at each visit.

I authorize the dentist/hygienist to use the necessary local/topical anesthesia to perform my treatment in a safe, effective manner during this visit and any future visits. I understand that my failure to provide information on previous adverse reactions may cause unforeseen negative reactions. I release Coast Dental of all liability regarding undisclosed medical history information.

He respondido todas las preguntas de la mejor manera posible. Avisaré al profesional dental en caso de cualquier cambio en mi salud o medicamento en cada visita.

Autorizo al dentista/higienista a usar el anestésico local/tópico necesario para realizar mi tratamiento de forma segura y efectiva durante esta visita y en las visitas futuras. Entiendo que si no proporciono información sobre reacciones adversas anteriores es posible que se provoquen reacciones negativas inesperadas. Libero a Coast Dental de cualquier responsabilidad sobre la información de antecedentes médicos que no haya mencionado.

Signature of Patient or Guardian / Firma del Paciente o Tutor

Date / Fecha

If authorized guardian, relationship to patient / Si es el tutor autorizado, relación con el paciente

Witness Name / Nombre del testigo

Witness Signature / Firma del testigo

Dentist Signature / Firma del Dentista

Date / Fecha

FOR OFFICE USE ONLY / SÓLO PARA USO INTERNO

Medical History Update / Actualización de antecedentes médicos

Please review your medical history on the previous pages and answer the following questions about any changes to your medical history since your last visit. / Por favor, revise sus antecedentes médicos de las páginas anteriores y responda las siguientes preguntas sobre cualquier cambio en sus antecedentes médicos desde su última visita.

	Date / Fecha / /	Patient Initials Iniciales del paciente	Dentist Initials Iniciales del dentista	Date / Fecha / /	Patient Initials Iniciales del paciente	Dentist Initials Iniciales del dentista
<p>Have there been any changes in your medical history since your last visit? If you answered yes, please explain and indicate in the medical history section on the previous page.</p> <p><i>¿Existe algún cambio en sus antecedentes médicos desde su última visita? Si respondió que sí, por favor explique e indique en la sección de antecedentes médicos de la página anterior.</i></p>	<input type="checkbox"/> Y / S <input type="checkbox"/> N / N			<input type="checkbox"/> Y / S <input type="checkbox"/> N / N		
<p>Have you been hospitalized for any reason or had joint replacement surgery since your last visit?</p> <p><i>¿Lo han hospitalizado por alguna razón o le han realizado una operación de reemplazo de articulaciones desde su última visita?</i></p>	<input type="checkbox"/> Y / S <input type="checkbox"/> N / N			<input type="checkbox"/> Y / S <input type="checkbox"/> N / N		
<p>Have there been any recent changes or additions to your medications? If you answered yes, please explain and indicate in the medications/supplements section on the previous page.</p> <p><i>¿Existe cualquier cambio reciente en sus medicamentos o le han recetado otros nuevos? Si respondió que sí, por favor explique e indique en la sección de medicamentos/complementos de la página anterior.</i></p>	<input type="checkbox"/> Y / S <input type="checkbox"/> N / N			<input type="checkbox"/> Y / S <input type="checkbox"/> N / N		
<p>Are you presently using any herbs, teas, vitamins, or hormone replacements? If you answered yes, please explain and indicate in the medications/supplements section on the previous page.</p> <p><i>¿Actualmente utiliza hierbas, tés, vitaminas o reemplazo hormonal? Si respondió que sí, por favor explique e indique en la sección de medicamentos/complementos de la página anterior.</i></p>	<input type="checkbox"/> Y / S <input type="checkbox"/> N / N			<input type="checkbox"/> Y / S <input type="checkbox"/> N / N		