

Franklin Avenue Dental Care

Patient Registration

Today's Date _____

Patient Information

Full Name: _____

Date of Birth: _____

Marital Status: (circle) Single Married Separated Divorced Widowed

Sex: (circle) Male Female

SSN/ID: _____

Email Address: _____

Home Phone Number _____

Cell Phone Number _____

Home Address:

Street Address: _____

City, State and Zip: _____

Billing Address:

Street Address: _____

City, State and Zip: _____

Work Information

Employer: _____

Occupation: _____

Work Phone Number: _____

Emergency Contact:

Full Name: _____

Phone Number: _____

Relation: _____

How did you hear about our office? _____

Who may we thank for referring you? _____

General Patient Information (page 2)

Financial Information

Patient's Payment Details- Guarantor (person responsible for paying the bill)

Guarantor Name: _____

SSN/ID: _____

Relation to Patient: _____

Patient's Student Status

Student Status: _____

College: _____

College Address: _____

Primary Dental Insurance Company – Subscriber and Insurance Company Details

Subscriber Name: _____

Date of Birth: _____

SSN/ID: _____

Employer: _____

Insurance Company: _____

Local/Union #: _____

Policy / Group Number: _____

Company Phone Number: _____

Company City, State, Zip: _____

Secondary Dental Insurance Company – Subscriber and Insurance Company Details

Subscriber Name: _____

Date of Birth: _____

SSN/ID: _____

Employer: _____

Insurance Company: _____

Local/Union #: _____

Policy/ Group Number: _____

Company Phone Number: _____

Company City, State, Zip: _____

Patient Information (page 3)

Pharmacy Information

Name: _____

Address or Town: _____

Pharmacy Phone Number: _____

Consent: I hereby request Dr. Sherman or his associate dentists to conduct a complete dental examination. I authorize the taking of x-rays, or any other diagnostic aids deemed appropriate by the doctor to make an accurate diagnosis of any existing dental problems. I also request the doctor to perform any and all forms of therapy to resolve any conditions which may be discovered during my examination. If this is an emergency visit I authorize the doctor to perform any and all forms of therapy that may be indicated to resolve this emergency problem. I understand that the responsibility for payment for dental services provided for the above patient is mine, due and payable at the time services are rendered or as outlined in a payment arrangement provided by this office for me.

Patient/ Responsible Party: _____

Patient Medical History

Physician Information

Physician's Full Name: _____

Physician's Address: _____

City, State and Zip: _____

Are you currently under a physician's care? (circle) Yes No

If Yes, for what? _____

Have you been hospitalized in the last two years? (circle) Yes No

If Yes, for what? _____

Are you taking any medication, drugs, or pills? (circle) Yes No

If so, please list the names and dosages for each: _____

Do you smoke? (circle) Yes No How much? _____

Women Only

Are you pregnant? (circle) Yes No When is your due date? _____

Are you nursing? (circle) Yes No Are you taking birth control pills? Yes No

Are you on Hormone Therapy? Yes No

Patient's Current or Previous Conditions

Select any of the following if you presently have or have had the condition in the past:

Medical Alerts (please check)

Allergic to Penicillin Allergic to Codeine Pre-Medication required Pacemaker
 Allergic to Tetracycline Allergic to "Novocaine"
 Allergic to Aspirin Allergic to Latex Rubber Mitral Valve Prolapse HIV
 Other (explain): _____ Heart Problems Prior Hepatitis

Medical Conditions (please check)

Heart Attack/Surgery Excessive Bleeding When Cut Chemotherapy Osteoporosis
 Heart Murmur Sickle Cell Disease Ulcers Swelling of Feet/Ankles
 Chest Pain Glaucoma Gastric Upset Artificial Joint
 Congenital Heart Problem Diabetes Acid Reflux Psychiatric Care
 Artificial Heart Valve Excessive Thirst Lung Disease Epilepsy/Seizures
 Tuberculosis High/Low Blood Pressure Thyroid Disease Parathyroid Disease
 Rheumatic Fever Emphysema Hypoglycemia Anemia
 Kidney Disease Liver Disease Sinus problems Hepatitis A or B
 Asthma Venereal Disease Stroke Frequent Cough
 Herpes Cancer Rheumatism HPV
 Hemophilia Radiation/Cobalt Treatment Arthritis/Gout Cortisone Treatment
 Chemical Dependency
 Other (Please Explain): _____

Franklin Avenue Dental Care

Información General Del Paciente

Registro del Paciente

Fecha _____

Información del Paciente

Nombre Completo: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Estado Civil: ___ Soltero ___ Casado (a) ___ Separado (a) ___ Divorciado (a) ___ Viudo (a)

Sexo: ___ Masculino ___ Femenino

SSN/ID: _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono de Casa: _____

Teléfono Celular: _____

Dirección de su casa:

Dirección: _____

Ciudad, Estado y ZIP _____

Dirección de Correo:

Dirección: _____

Ciudad, Estado y ZIP: _____

Información Laboral:

Patrono: _____

Ocupación: _____

Teléfono del Trabajo: _____

Contacto en caso de Emergencia:

Nombre Completo: _____

Número Telefónico: _____

Relación: _____

Cómo supo usted sobre nuestra oficina? _____

A quién debemos agradecerle por referirlo(a)? _____

Informacion General Del Paciente

Información Financiera

Detalles de pago del paciente – Fiador (Persona responsable por el pago de la cuenta)

Nombre del responsable: _____

SSN/ID: _____

Relación con el paciente: _____

Principal Compañía Asegurada Dental – Suscriptor y detalles de la compañía aseguradora

Nombre del Suscriptor: _____

Fecha de Nacimiento: _____

SSN/ID: _____

Patron: _____

Póliza/Grupo Número: _____

Tipo de Cobertura: ___ Individual ___ Familiar ___ Prepago/Capitation

Compañía Asegurada: _____

Teléfono de la Compañía: _____

Ciudad, Estado y ZIP _____

Compañía Asegurada Dental (Secundaria)- Suscriptor y detalles de la compañía aseguradora,

Nombre del suscriptor: _____

Fecha Nacimiento: _____

SSN/ID: _____

Patron: _____

Poliza/Grupo Numero: _____

Tipo de Cobertura: ___ Individual ___ Familiar ___ Prepago/Capitation

Compañía Aseguradora: _____

Telefono de la Compañía: _____

Cuidad, Estado y ZIP _____

Informacion de la Farmacia

Nombre: _____

Direccion: _____

Teléfono de la Farmacia: _____

Yo autorizo al dentista a divulgar cualquier información, incluyendo diagnóstico, planes y registros del tratamiento y radiografías a terceros y/o profesionales de la salud. Yo autorizo y solicito a mi Compañía Aseguradora (si aplicara) el pago directo al grupo dental o dentista beneficiario. Entiendo que mi seguro dental puede pagar un monto menor al de la factura actual por los servicios, o puede no cubrir el tratamiento.

Por le presente Yo certifico que, la información citada anteriormente es precisa y factora completa y en consideración con el tratamiento y servicios brindados a mí o mi(s) dependiente(s) por esta oficina dental. Yo acepto la responsabilidad y estoy de acuerdo con que se me obligue a pagar a la oficina dental, en concordancia con sus términos de pago, crédito y sus políticas.

Firma: _____

Historial Medico Del Paciente

Historial Medico del Paciente

Informacion de su Medico

Nombre completo de su doctor: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado y ZIP: _____

Está usted actualmente bajo cuidado médico? Si No

Porque? _____

Ha estado hospitalizado en los últimos dos años? Si No

Porqué? _____

Actualmente toma medicamentos, drogas, pildoras? Si No

Si es así, porfavor nombre su medicamentos y la dosi que toma:

Usted fuma? Si No Cuánto? _____

Mujeres Únicamente:

Esta usted embarazada? Si No Fecha estimada de parto? _____

Esta usted amamantando? Si No Toma anticonceptivos? Si No

Condiciones actuales o previas del Paciente

Seleccione cualquiera de las siguientes condiciones si actualmente las sufre o las ha sufrido en el pasado:

Alérgico a la Penicilina Alérgico a la Codeína Pre-Medicación requerida Marcapasos
 Alérgico a la Tetraciclina Alérgico a la Novocaína Prolapso de Válvula Mitral HIV Positivo
 Alérgico a la Aspirina Alérgico al Látex Problemas del Corazón Hepatits Previa

Otro: _____

Condiciones Médicas

<input type="checkbox"/> Ataque al Corazón	<input type="checkbox"/> Sangra mucho al cortarse	<input type="checkbox"/> Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Pies/Tobillos sudorosos
<input type="checkbox"/> Sopio en el Corazón	<input type="checkbox"/> Anemia Falciforme	<input type="checkbox"/> Ulceras	<input type="checkbox"/> Articulación Artificial
<input type="checkbox"/> Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Glaucoma	<input type="checkbox"/> Trastorno Gastrointestinal	<input type="checkbox"/> Cuidado Psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Problema cardíaco congénito	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Reflujo Acido	<input type="checkbox"/> Epilepsia o Ataques
<input type="checkbox"/> Válvula cardíaco artificial	<input type="checkbox"/> Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Cirugia de corazón	<input type="checkbox"/> fiebre Escariatina	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Desvancimiento/Mareos
<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides	<input type="checkbox"/> Falta de aliento	<input type="checkbox"/> Hipoglucemia
<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Enfermedad paratiroidea	<input type="checkbox"/> Enfisema pulmonary	<input type="checkbox"/> Urticaria
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Herpes Labial
<input type="checkbox"/> Enfermedad hematologica	<input type="checkbox"/> Enfermadad hepática	<input type="checkbox"/> Problemas de seno	<input type="checkbox"/> Enfermedad Venerea
<input type="checkbox"/> Transfusión sanguinea	<input type="checkbox"/> Hepatitis A o B	<input type="checkbox"/> Herpes	<input type="checkbox"/> Artritis/Gota
<input type="checkbox"/> Ataque cerebral	<input type="checkbox"/> Tos frecuente	<input type="checkbox"/> VPH	<input type="checkbox"/> Icteria
<input type="checkbox"/> Trombosis venosa	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Reumatimo	<input type="checkbox"/> Hemoffilia

Historial Dental Del Paciente

Historial Dental del Paciente

Cuál es la principal razón para buscar cuidado dental? _____

Por favor, elija la respuesta apropiada

- | | | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Está nervioso por recibir tratamiento dental? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Está perdiendo dientes sin reemplazarlos? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Muerde con facilidad? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Ha sangrado en exceso luego de una extracción? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Ha tenido problemas con el cuidado dental? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Toma algún medicamento con bifosfonatos como Fosamax, Boniva, Aredia, o Zometa? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Si es así, porque? _____ | | | Ha tenido llagas que tardan en sanar? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| _____ | | | Tiene implantes dentales? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Son sus dientes sensibles al calor, presión o dulces? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Usa dentaduras (parcial o total)? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Tiene dientes quebrados? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Tiene calzas (coronas) o puentes? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Tiene incomodidad al morder? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Masca tobacco? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Tiene encías sensibles/sangrantes? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Tiene la boca seca? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Se le pega la comida entre los dientes? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Está disconforme como lucen sus dientes? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Ha tenido tratamiento de encías? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Desea que su sonrisa luzca mejor? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Ha tenido llagas dentro o fuera de la boca? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Desea dientes más blancos? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Sufre dolores constantes de cabeza, oídos o cuello? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Usa hilo dental regularmente? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Rechina usted los dientes? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Se cepilla al menos una vez al día? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Oye un sonido de "click" cuando abre/cierra la boca? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | Hay algo más que desea que sepamos? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| Alguna vez se ha atorado su mandibular? | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ | | |
| Sufre Desorden Temporomandibular (TMJ) | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | _____ | | |

Yo autorizo el uso de mis radiografías (rayos-x) y/o fotografías para uso educacional y promocional en seminarios, publicaciones y el sitio web de la oficina dental Si No

Mediante lo presente Yo certifico que la información anterior esta complete y cierta y que notificaré a la oficina de cualquier cambio con anterioridad. Yo no hare a mi doctor o algún miembro de su despacho, por cualquier error u omisión que yo haya podido cometer al completer esta forma.

Firma: _____
