



Welcome to SmileCare
Bienvenido a SmileCare

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

Union/Local / Sindicato/Local 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?*
- Y / S  N / N Have you ever been in an accident that damaged your teeth? / *¿Alguna vez sufrió un accidente que dañó sus dientes?*
- Y / S  N / N Does your jaw pop or do you hear clicking when chewing? / *¿Tiene la mandíbula desplazada hacia adelante o escucha chasquear sus dientes cuando mastica?*

Please check any habits: / Por favor marque cualquiera de estos hábitos:

- Nail Biting / Morderse las uñas  Lip Biting / Morderse el labio  Mouth Breathing / Respirar por la boca
- Thumb Sucking / Chuparse el dedo pulgar  Night Grinding / Rechinar los dientes por la noche  Pencil biting/ Morder el lápiz

## 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 Bífida / <i>Espina bífida</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 SmileCare 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 SmileCare 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		