NEW PATIENT REGISTRATION FORM (*FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE NUEVO*)

TODAY'S DATE (*FECHA DE HOY*): _____

Patient Name: First(*nombre*)_____Last(*apellido*)_____

Birth date (*Fecha de nacimiento*): _____

Home Phone(*teléfono de casa*): _____ Cell Phone(*Teléfono célula*)_____

E-Mail (*correo electronic*) _____

Address (*Direccion*): _____,

city(*ciudad)*_____, state (*estado)*_____, zip code_____

Referred by (*Referido por*) _____

Responsible Party Information (*Persona responsable de la cuenta*)

Name: First (*nombre*)_____ Last (*apellido*)_____

Relation to Patient (*Relacion con el paciente*): _____

Address (Direccion): _____,

city(*ciudad)*_____, state (*estado)*_____, zip code_____

DENTAL INSURANCE (seguro dental)

YES ☐ NO ☐

Name of insured/Nombre del asegurado:First(nombre)_____ Last (apellido)_____

Insurance company (Compañía de seguros) _____

Insurance Number (Número de seguro) _____

PATIENT AUTHORIZATION

I hereby authorize my dentist to release any and all medical information (including dental information) to the above named insurance carrier for the purpose of claims administration and evaluation, utilization review, and financial audit. This authorization remains valid and effective from the date of signing until revoked in writing.

I hereby authorize my insurance carrier to pay directly to the within named dentist(s) the dental benefits otherwise payable to me. In the event that m y dental insurance carrier should not pay the full amount estimated for any services rendered, I agree to be financially responsible for the remaining balance and pay that balance within 30 days of notification by this office. I also understand that the amount quoted to me as my portion for dental services is an estimate onlyh and may vary according to the limitations and policies of my particular dental insurance company.

AUTORIZACION DEL PACIENTE

Yo autorizo al dentista que comparta alguna o toda la informacion(incluyendo la dental) a la compania de seguro ya dada para propositos de administración,reclamacion,evaluación,revisión de utilización y auditoría financiera. Esta

autorizacion es valida y efectiva a partir del momento en que firmo hasta el dia que se revoque de forma escrita. Yo autorizo a mi seguro pagar directamente al dentista los servicios dentales por otra parte pagaderos a mi. En el evento de que mi seguro dental no pague el monto completo estimado por los servicios. Yo acepto hacerme financieramente responsable por el resto del balance y pagarlo dentro de los 30 dias de notificacion dada por esta oficina, Yo tambien entiendo que la cantidad dada por mis servicios dentales es solo un estimado y puede variar acorde a las limitaciones y politicas de mi seguro dental.

☐ I fully understand and accept these terms (*Entiendo completamente y acepto estos términos*)

MEDICAL HISTORY (HISTORIA MEDICA)

Parents please answer the following questions on your child's behalf (Por favor padres respondan por sus hijos)

Patient's physician (*Medica del paciente*) Name_____ Phone _____

Address (*dirección)*: _____

Does the patient have or have you had any of the following (¿El paciente tiene o ha tenido alguno de los siguientes enfermedades)

- Excessive bleedingproblems (*problemas de sangrado excesivo*)
- AIDS
- TB
- Hepatitis
- Herpes
- Head Injury (lesión craneal)
- Blood Disease (Enfermedad de la sangrer)
- Sickle Cell Diseases (anemia drepanocítica)
- Allergy to Latex (*alergia al latex*)
- Asthma asma
- Other Respiratory Problems/*Otros problemas respiratorios*
- Anemia
- Diabetes
- High blood pressure/*presión arterial alta*
- Cancer/ *Cáncer*
- Seizures/*convulsiones*
- Fainting/ *desmayo*
- Hyperactivity /*Hiperactividad* / ADD / ADHD
- Heart murmure/ *soplo cardíaco*
- Other heart problems /*Otros problemas cardíacos*
- Hearing problems/ *problemas de audición*
- Premature delivery/ *parto prematuro*
- Birth Defect /*defecto de nacimiento*
- Nervous Disorder (trastorno nervioso)
- Cerebral Palsy/ *parálisis cerebral*
- Ear, Nose or Throat Problems /*Problemas de oído, nariz o garganta*
- Radiation therapy/ *radioterapia*
- Rheumatic Fever/ *fiebre reumática*

Do you have any disease, condition or problem not listed that you think I should know about? (*Tiene alguna enfermedad que no hemos listado)*? YES ☐ NO ☐

If Yes, please list(*Cual)*_____

Are you allergic to food, please list (¿Es alérgica a los alimentos?): Yes(Si) ☐ No ☐

If Yes, please list(*Por favor numere)*
_____

Are you allergic to any drugs (¿*Es alérgico a algún medicamento?*:): Yes (Si) ☐ No ☐

If Yes, please list(*Por favor numere)*

_____

Have you ever been pre-medicated with antibiotics for your dental treatment?
(Ha sido usted pre medicado con antibionticos por un tratamiento dental) Yes☐ no ☐

Reason (*razón*) _____

Have you ever been hospitalized *Ha sido hospitalizado* YES ☐ NO☐

If YES, why *(porque)* _____

Please list all MEDCATIONS you are taking (*Mencione todos los medicamentos que este tomando*):
_____

DENTAL HISTORY (HISTORIA DENTAL)

Parents please answer the following questions on your child's behalf (Por favor padres respondan por sus hijos)

Do you have dental problems? If Yes, describe (¿*Tiene problemas dentales? En caso afirmativo, describa)*
_____

Does the patient have, or have had any of the following conditions (¿*El paciente tiene o ha tenido alguna de las siguientes condiciones*?):

- Nail biting *Comerse Uñas*
- Mouth breathing *Respiracion por la boca*
- Bad breath *Mal aliento*
- Loosening of teeth *Perdida de Dientes*
- Bleeding gums *Sangrado encias*
- Sensitive teeth *Sensibilidad en los Dientes*
- Jaw Pop and Lock *Traquean o traban las mandibulas*
- Thumb sucking *Chuparse el dedo*

Have the patient ever had any unfavorable reaction from a local anesthetic (*A tenido alguna reaccion desfavorable a la anesticia local*)? Yes ☐ No ☐

Have you had any serious trouble associated with any previous dental treatment (*Ha tenido algun problema serio asociado a algun tratamiento dental anterior)*? Yes ☐ No ☐

How long since your last dental treatment (*Cuando fue su ultimo tratamiento dental)*? _____

I certify that to the best of my knowledge that all of the preceding answers are accurately answered. I also certify that if at any time my health status and/or medication status changes, I will immediately inform the doctor at the next appointment. (Yo aseguro que he contestado las preguntas de acuerdo a mi mejor conocimiento y me comprometo a notificale al medico cualquier cambio en la salud)

E-consent

This document may be in the form of an Electronic Record and may be executed using Electronic Signatures (including, without limitation, facsimile and .pdf) and shall be considered an original, and shall have the same legal effect, validity and enforceability as a paper record. (*Este documento puede tener la forma de un Registro electrónico y puede ejecutarse utilizando Firmas electrónicas (incluyendo, entre otros, facsímil y .pdf) y se considerará un original, y tendrá el mismo efecto legal, validez y aplicabilidad que un documento grabar*)

To evidence your certification of this document, please electronically sign this document by checking the box and typing your name and date below. (*Para acreditar su certificación de este documento, firme electrónicamente este documento marcando la casilla y escribir su nombre y fecha a continuación*.)

YES/SI	NO	
☐	☐	Are you sure you want to apply your electronic signature to this document? Clicking "Yes" and typing your name and date at the line below constitutes your electronic signature, and this electronic signature will have the same legal effect as a handwritten signature for the purposes of validity, enforceability and admissibility. *(¿Está seguro de que desea aplicar su firma electrónica a este documento? Hacer clic en "Sí" y escribir su nombre y fecha en la línea a continuación constituye su firma electronica, y esta firma electrónica tendrá el mismo efecto legal que una firma manuscrita a efectos de validez, exigibilidad y admisibilidad*.)

Name _____ Date_____

Signature: _____

A pictured identification, such as driver license, is required. Please email a copy to request@firstcaredental.net (*Se requiere una identificación en la foto, como la licencia de conducir. Envíe una copia por correo electrónico a request@firstcaredental.net)*