

Bucktown Dental Associates

Today's Date _____

Patient Last Name _____ First Name _____ Date of Birth _____

Home Address _____ City & Zip Code _____

Home Phone _____ Cell Phone _____

Email address _____

Social Sec No. _____ Employer _____

How did you hear about our office:

Internet Outer sign Insurance Other _____

Are You Taking any of the following:

1. Recreational drugs? Y N | 3. Tobacco in any form? Y N

2. Medications, over the counter medicines? Y N | 4. Alcohol? Y N

List: _____

Are you allergic to any of the following:

5. Latex Y N | 8. Asprin Y N

6. Penicillin or other antibiotics ----- Y N | 9. Ibuprofen Y N

7. Local anesthetics Y N | 10. Other medications Y N

Do You Have or Have You Had:

11. Bleeding problems, bruising easily? Y N | 23. VD (syphilis or gonorrhea)? Y N

12. Heart attack, heart defects? Y N | 24. HIV/AIDS Y N

13. Heart disease? Y N | 25. Hepatitis, other liver disease? Y N

14. Heart murmurs? Y N | 26. Kidney, bladder disease? Y N

15. Rheumatic fever? Y N | 27. Thyroid, adrenal disease? Y N

16. Pacemaker? Y N | 28. Artificial joint? Y N

17. Prosthetic heart valve? Y N | 29. Stomach problems, ulcers? Y N

18. High blood pressure? Y N | 30. Anemia? Y N

19. Stroke, hardening of arteries? Y N | 31. Tumors, cancer? Y N

20. Diabetes? Y N | 32. Radiation treatments? Y N

21. Family history of diabetes? Y N | 33. Chemotherapy? Y N

22. Asthma? Y N | 34. TB, or lung disease? Y N

Women Only

35. Are you or could you be pregnant? Y N | 37. Taking birth control pills? Y N

36. Are you nursing? Y N

To the best of my knowledge, I have answered every question completely and accurately. I will inform my dentist of any change in my health and/or medication.

I authorize the dentist & staff to take x-rays, administer local anesthetics, and perform any services needed during diagnosis & treatment. The dentist and staff will provide the best dental care possible. However, no guarantee can be made as to the success of treatment.

I authorize the office to release information to insurance companies and third-party payers. I also authorize the insurance companies and third party payers to send payments directly to the dentist. I will inform the office of any changes of my insurance coverage.

I understand that I am full responsible for payment of all services. Payment is due at the time of service unless other arrangements have been made with the office. If account is not paid within 90 days of service and no financial arrangements have been made, I understand that I will be responsible for legal and collection fees in addition to interest and all other expenses incurred in collecting my account.

I acknowledge that I was provided with a copy of Notice of Privacy Practices (posted in waiting area and on the office website.)

Name of person filling this form: _____ Signature: _____

Bucktown Dental Associates

Fecha de hoy _____
Apellido de paciente _____ Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
Dirección Residencial _____ Ciudad y código postal _____
Teléfono de casa _____ Teléfono Celular _____
Email _____
Número de seguro social _____ Empleador _____

Como te enteraste de esta oficina:

Internet El anuncio de afuera Aseguranza Otro _____

ESTÁ TOMANDO

- | | | | |
|-------------------------------|-------|------------------------------------|-------|
| 1. ¿Drogas de uso recreativo? | Si No | 3. ¿Tabaco de cualquier tipo? | Si No |
| 2. ¿Remedios, medicamentos? | Si No | 4. ¿Alcohol (bebidas alcohólicas)? | Si No |
- Liste: _____

Es usted alérgico a alguno de los medicamentos:

- | | | | |
|------------------------------------|-------|-----------------------|-------|
| 5. Látex | Si No | 8. Aspirina | Si No |
| 6. Penicillin u otros antibióticos | Si No | 9. Ibuprofen | Si No |
| 7. Anestéticos locales | Si No | 10. Otor medicamentos | Si No |

TIENE O HA TENIDO:

- | | | | |
|--|-------|---|-------|
| 11. ¿Problemas de sangramiento, moretes? | Si No | 23. ¿Enfermedades venéreas? | Si No |
| 12. ¿Infarto de corazón? | Si No | 24. ¿HIV/ SIDA? | Si No |
| 13. ¿Enfermedades del corazón? | Si No | 25. ¿Hepatitis, enfermedades del hígado? | Si No |
| 14. ¿Soplos en el corazón? | Si No | 26. ¿Enfermedades renales (riñón)? | Si No |
| 15. ¿Fiebre reumática? | Si No | 27. ¿Enfermedades de tiroides? | Si No |
| 16. ¿Marcapasos? | Si No | 28. ¿Articulación artificial? | Si No |
| 17. ¿Válvula artificial del corazón? | Si No | 29. ¿Problemas del estómago, úlceras? | Si No |
| 18. ¿Presión sanguínea alta? | Si No | 30. ¿Anemia? | Si No |
| 19. ¿Apoplejía? | Si No | 31. ¿Tumores, cáncer? | Si No |
| 20. ¿Diabetes? | Si No | 32. ¿Tratamientos de radiación? | Si No |
| 21. ¿Familiares con diabetes? | Si No | 33. ¿Quimioterapia? | Si No |
| 22. ¿Asma? | Si No | 34. ¿tuberculosis, otras enfermedades pulmonares? | Si No |

SÓLO PARA MUJERES:

- | | | | |
|--------------------------------------|-------|--|-------|
| 35. ¿Está o podría estar embarazada? | Si No | 37. ¿Está tomando pastillas anticonceptivas? | Si No |
| 36. ¿Está dando el pecho a su bebe? | Si No | | |

Que yo sepa, he respondido completamente y correctamente todas las preguntas. Informaré a mi dentista si hay algún cambio en mi salud y/o en los medicamentos que tomo. Yo estoy advertido que no hay ninguna garantía de los resultados de tratamiento. Yo autorizo al dentista de tomar radiografías y administrar anestesia local.

Yo autorizo a la oficina de mandar mi información a la compañía de seguros y pagador de tercera parte. Yo autorizo a la compañía de seguros y pagador de tercera parte de mandar el pago directamente al dentista.

Yo entiendo que soy completamente responsable de pagar todos los servicios. Si la cuenta no se paga en 90 días del servicio y ningunos arreglos financieros se han hecho, usted será responsable de honorarios legales, los honorarios de la agencia de la colección, interesan las cargas y cualquier otro gasto contraído en reunir su cuenta.

Reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad.

Nombre del paciente o representante personal _____

Firma _____