

Patient Information Update (Spanish)

Patient Information Update Form [Formulario de Actualización de Información del Paciente]

First Name [Nombre del paciente] *	Last Name [Nombre del paciente] *	Preferred Name [Nombre preferido]	Date of Birth [Fecha de nacimiento del Paciente] *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 

Gender [Genero] *	Please Check One [Favor de marcar una]: *
<input type="radio"/> Male <input type="radio"/> Female [Masculino] [Femenino]	<input type="radio"/> Married <input type="radio"/> Single <input type="radio"/> Child <input type="radio"/> Other [Casado(a)] [Soltero(a)] [Niño(a)] [Otro]

Patient Address [Domicilio del paciente] *	City [Ciudad] *	State [Estado] *	Zip Code [Código Postal] *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Patient Social Security #
[Número de seguro social del Paciente] *

Home Phone [Teléfono de casa]	Work Phone [Teléfono del trabajo]	Cellphone [Teléfono celular]	Email Address [Dirección de correo electrónico]
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Would you like to receive appointment reminders via text message?
[¿Le gustaría recibir recordatorios de citas, a través de mensajes de texto?]

Sí No

Would you like to receive appointment reminders or online only special offers via email?
[¿Le gustaría recibir recordatorios de citas o ofertas especiales por medio de correo electrónico?]


Sí No

Patient Employer [Nombre del empleador]	Occupation [Ocupación]	Whom can we thank for referring you to our office? [¿A quien le agradecemos por haberlo referido a nuestra oficina?]
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

In case of an emergency, whom shall we call?
[¿En caso de emergencia, a quién podemos llamar?]

Name [Nombre] *	Relationship [Relación] *	Phone # [Número de teléfono] *
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(If the patient is a minor [Si el paciente es menor de edad])

Name of Parent or Responsible Party [Nombre de los Padres o Tutor del Paciente]	Parent Social Security # [Número de Seguro Social de los Padres ó Tutor]	Parent Date of Birth [Fecha de nacimiento de los Padres ó Tutor]
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 

Address of Parent or Responsible Party (if not the same)
[Domicillio delos Padres o Tutor (Sino es el mismo)]

City
[Ciudad]

State
[Estado]

Zip Code
[Código Postal]

Health History [Historia de la Salud]

Do you have or have you ever had any of the following? Please check ALL that apply

[¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades? Por favor marcar TODAS las que corresponden]:

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AIDS-HIV [SIDA-VIH] | <input type="checkbox"/> Hoarseness [Ronquera] |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Hyper Thyroid [Hiper Tiroides] |
| <input type="checkbox"/> Arthritis [Artritis] | <input type="checkbox"/> High Cholesterol [Colesterol Alto] |
| <input type="checkbox"/> Artificial Joints [Articulaciones Artificiales] | <input type="checkbox"/> Jaundice [Ictericia] |
| <input type="checkbox"/> Asthma [Asma] | <input type="checkbox"/> Kidney Disease [Enfermedad de Riñón] |
| <input type="checkbox"/> Blood Disease [Enfermedad de la Sangre] | <input type="checkbox"/> Liver Disease [Enfermedad Hepatica] |
| <input type="checkbox"/> Bloody Sputum [Esputo Sanguinolento] | <input type="checkbox"/> Loss Appetite [Pérdida del Apetito] |
| <input type="checkbox"/> Breast Implants [Implantes Mamarios] | <input type="checkbox"/> Mental Disorders [Trastornos Mentales] |
| <input type="checkbox"/> Blood Thinners [Anticoagulantes] | <input type="checkbox"/> Mitral Valve Prolapse [Prolapso de Valvula Mitral] |
| <input type="checkbox"/> Bisphosphonate Medication [Medicamento Bisfosfonato] | <input type="checkbox"/> Night Sweats [Sudores Nocturnos] |
| <input type="checkbox"/> Cancer [Cáncer] | <input type="checkbox"/> Nervous Disorders [Trastornos Nerviosos] |
| <input type="checkbox"/> Chest Pain [Dolor en el Pecho] | <input type="checkbox"/> Pacemaker [Marcapasos] |
| <input type="checkbox"/> Chronic Cough, > 3 weeks [Tos Cronica, > 3 semanas] | <input type="checkbox"/> Prosthetic Heart Valve [Valvula de Corazon Prostetica] |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever [Fiebre Reumatica] |
| <input type="checkbox"/> Dizziness [Mareo] | <input type="checkbox"/> Recent Surgery [Cirugía Reciente] |
| <input type="checkbox"/> Epilepsy [Epilepsia] | <input type="checkbox"/> Respiratory Problems [Problemas Respiratorios] |
| <input type="checkbox"/> Emphysema [Enfisema] | <input type="checkbox"/> Radiation Treatment [Tratamiento de Radiacion] |
| <input type="checkbox"/> Excessive Bleeding [Sangrado Excesivo] | <input type="checkbox"/> Stroke [Embolia] |
| <input type="checkbox"/> Fainting [Desmayos] | <input type="checkbox"/> Stomach Problems [Problemas del Estomago] |
| <input type="checkbox"/> Fatigue [Fatiga] | <input type="checkbox"/> Sinus Problems [Problemas de Sinusitis] |
| <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> Transplant [Trasplante] |
| <input type="checkbox"/> Growths [Crecimientos] | <input type="checkbox"/> Sexually Transmitted Diseases [Enfermedades de Transmision Sexual] |
| <input type="checkbox"/> Hay Fever [Fiebre de Heno] | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Head Injury [Lesion en la Cabeza] | <input type="checkbox"/> Tumors [Tumores] |
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure [Presión Arterial Alta] | <input type="checkbox"/> Ulcers [Ulceras] |
| <input type="checkbox"/> Hemoptysis | <input type="checkbox"/> Unexplained Weight Loss [Perdida de Peso inexplicable] |
| <input type="checkbox"/> Heart Disease [Enfermedades del Corazón] | <input type="checkbox"/> Other [Otro] |
| <input type="checkbox"/> Heart Murmur [Soplo Cardiaco] | |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | |

Are you now under the care of a physician?

[¿Está bajo el cuidado de un medico en este momento?]

Sí No

If "YES", please explain

[Sila respuesta es un "Sí", por favor explique]

Name of Physician
[Nombre del Medico]

Phone #
[Número de teléfono]

What, if any, medications are you taking at this time?

[¿Si esta tomando medicamentos en este momento, Cuales son?]

Have you been hospitalized in the last year?

[¿Ha estado hospitalizado en el último año?]

Sí No

If "YES", please explain

[Sila respuesta es un "Sí", por favor explique] *

Have you had any illnesses in the last year?

[¿Ha tenido alguna enfermedad en el último año?]

Sí No

If "YES", please explain

[Sila respuesta es un "Sí", por favor explique] *

(For WOMEN) Are you pregnant?

[(Para las MUJERES) ¿Esta usted embarazada?]

Sí No

If "YES", expected due date

[Sila respuesta es un "Sí", cual es la fecha del parto] *

Are you allergic to any of the following? [¿Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes?]

NONE
[Ninguno]

Anesthetic
[Anestesia]

Severity [Gravedad]:
 Unknown Mild Moderate Severe
[Desconocido] [Leve] [Moderado] [Grave]

Reaction
[Reacción]

Codeine
[Codeína]

Severity [Gravedad]:
 Unknown Mild Moderate Severe
[Desconocido] [Leve] [Moderado] [Grave]

Reaction
[Reacción]

Erythromycin
[Eritromicina]

Severity [Gravedad]:
 Unknown Mild Moderate Severe
[Desconocido] [Leve] [Moderado] [Grave]

Reaction
[Reacción]

Latex
[Látex]

Severity [Gravedad]:
 Unknown Mild Moderate Severe
[Desconocido] [Leve] [Moderado] [Grave]

Reaction
[Reacción]

Penicillin
[Penicilina]

Severity [Gravedad]:
 Unknown Mild Moderate Severe
[Desconocido] [Leve] [Moderado] [Grave]

Reaction
[Reacción]

Sulfa

Severity [Gravedad]:
 Unknown Mild Moderate Severe
[Desconocido] [Leve] [Moderado] [Grave]

Reaction
[Reacción]

Orto

Severity [Gravedad]:
 Unknown Mild Moderate Severe
[Desconocido] [Leve] [Moderado] [Grave]

Reaction
[Reacción]

Please check any of the following problems that apply to you [Por favor marque unicamente los que le corresponden]:

- Bad breath or bad taste in your mouth
[Mal aliento o mal sabor de boca]
- Bleeding, swollen or irritated gums
[Sangrado, encias irritadas o inflamadas]
- Grinding or clenching teeth
[Rechina sus dientes]
- Headaches, earaches or neck pain
[Dolores de cabeza, dolor de oidos o dolor de cuello]
- Jaw joint pain
[Dolor en las articulaciones de la quijada/mandibular]
- Loose or shifting teeth
[Dientes flojos o moviendeode posición]
- Teeth or fillings breaking
[Dientes o rellenos fracturandose]
- Tooth pain or discomfort when chewing
[Dolor de dientes o molestias al masticar]
- Sensitivity (hot, cold, and sweet)
[Sensibilidad a caliente, frio y dulce]

Do you snore?
[¿Usted ronca?]
 Sí No

Do you have Sleep Apnea?
[¿Tiene usted Apnea del sueño?]
 Sí No

Do you constantly feel tired even after a full night of sleep?
[¿Se siente cansado (a) constantemente aun despues de haber dormido toda la noche?]
 Sí No

Do you believe that your dental problems are causing your medical problems?
[¿Usted cree que sus problemas dentales le estan causando problemas medicos?]
 Sí No

If so, please explain
[Si ese es el caso porfavor explique] *

Do you or have you had any of the following?
[¿Han tenido usted o usted alguno de los siguientes?]

- Dentures
[Dentaduras postizas]
- Partial dentures
[Dentaduras postizas parciales]
- Braces
[Frenillos (frenos)]
- Periodontal (gum) disease
[Inflamacion de las encias]

Please share the following dates
[Por favor indique las siguientes fechas]:

Your last dental cleaning
[Ultima limpieza dental] *



Your last oral cancer screening
[Ultimo examen de cancer oral] *



Your last complete X-rays
[Ultimas radiografias] *



On a scale of 1-10, with 10 being the highest rating
[En una escala del 1 al 10, 10 siendo la mas alta calificacion]:

How important is your dental health to you?
[¿Que tan importante es para usted su salud dental?]

Where would you rate your current dental health?
[¿Como calificaria su salud dental actual?]

Where would you rate your current overall physical health?
[¿En general como podria calificar su salud fisica?]

If you could change your smile, you would
[Si pudieras cambiar tu sonrisa, que haria]:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Close spaces ore gaps
[Cerrar espacios de los dientes] | <input type="checkbox"/> Make them straighter
[Hacerlos mas derechos] |
| <input type="checkbox"/> Have a smile makeover
[Cambiar su sonrisa completamente] | <input type="checkbox"/> Repair chipped tooth
[Reparar dientes astillados] |
| <input type="checkbox"/> Replace dark metal fillings with tooth-colored fillings
[Reemplazar empastes de metal oscuros, por rellenos del color de su diente] | <input type="checkbox"/> Replace missing teeth
[Reemplazar dientes que faltan] |
| <input type="checkbox"/> Make them brighter
[Hacerlos mas brillantes] | <input type="checkbox"/> Replace old crowns that do not match other teeth
[Reemplazar coronas cuyo color no es igual a otros dientes] |

How often do you brush?
[¿Con que frecuencia se cepilla los dientes?]

How often do you floss?
[¿Con que frecuencia usa el hilo dental?]

Do you smoke or use chewing tobacco?
[¿Fuma o mastica tabaco?]

Sí No

If "YES", how often and for how long?

[¿Sí es un "Sí" con que frecuencia y cuanto tiempo tiene haciendolo?] *

Name of your previous dentist
[Nombre de su dentista anterior] *

City
[Ciudad] *

State
[Estado] *

Phone #
[Numero de telefono] *

Please share with us why you left your previous dentist?

[¿Podria compartir con nosotros la razón por la que usted dejó a su dentista anterior?] *

What is the most important thing to you about your future smile and dental health?

[¿Para usted, qué es lo más importante en su sonrisa y salud dental en el futuro?]

What is the most important thing to you about your dental visit today?

[¿Que es lo más importante para usted en su visita dental de hoy?]

Consent [Consentimiento]

At Affordable Dental, we strive to make quality dentistry affordable to everyone. Are you interested in financial assistance for your dental treatment(s)?

[En Affordable Dental, nos esforzamos para que la odontología de calidad este al alcance de todos. ¿Esta interesado en ayuda financiera para su tratamiento/s dental?] *

Sí No

*I give permission to Affordable Dental to apply for pre-approval with a financial institution(s) using my basic demographic information. I understand this process will not affect my credit score or credit history.

[*Doy permiso para que Affordable Dental solicite unapre-aprobacion con una institucion financiera utilizando mi direccion. Entiendo que este proceso no afectara mi puntaje o historial de credito.] *

To the best of my knowledge, all of the preceding answers and information provided in this form is true and correct. I will be responsible to inform the doctor if there is any change in my health at my next appointment.

[Al mejor de mi conocimiento, todas las respuestas precedentes e información proporcionada en esta forma son verdaderas y correctas. Soy responsable de informar al médico si hay algún cambio en mi salud para mi próxima cita.] *

Name and Email of Signing person

First & Last Name *

Email Address *

Date [Fecha]



Signature *

Sign above