



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

☐ I would like to receive patient communications and confirm appointment reminders by text message.

TEXT MESSAGE

By checking the above, I consent to receive text messages. I understand that text messaging rates and fees may apply as determined by my cellular provider. Green Cove Dental is not responsible for any fees charged to me by my cellular provider. If at any time I wish to discontinue receiving text messages from Green Cove Dental, I can text "STOP"

Email

By providing my email address, I consent to receive emailed appointment reminders and patient communications from Coast Dental. I understand I may unsubscribe at any time. / Al proporcionar mi correo electrónico, doy mi consentimiento para recibir recordatorios de citas por correo electrónico y comunicaciones para pacientes de Green Cove Dental. Entiendo que puedo cancelar la suscripción en cualquier momento.

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 al Paciente

Address / Dirección

City / Ciudad

State / Estado

Zip / Código postal

Policy Holder's Date of Birth / Fecha de Nacimiento del Titular de Póliza

Employer Name / Nombre del Empleador Insurance Company / Empresa de Seguros 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

How did you hear about us? / ¿Cómo se enteró

☐ Y / S ☐ N / N	Are you experiencing any discomfort? ¿Siente alguna molestia?	If yes, how would you rate your discomfort from 1-10, with 10 being the highest? Si su respuesta es Si, porfavor provea la intensidad de la incomodidad entre el numero 1 siendo el menos intenso y el 10 siendo el mas intenso.	Pain level. Please circle one. 12345678910											
☐ Y / S ☐ N / N	Do you snore? ¿Usted ronca?		☐ Y / S ☐ N / N	Do you take a fluoride supplement? ¿Toma suplemento de flúor?	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									
☐ Y / S ☐ N / N	Do you have bleeding gums? ¿Le sangran las encías?		☐ Y / S ☐ N / N	Do you use tobacco (smoke or chew)? ¿Consume tabaco (fumar o masticar)?										
☐ Y / S ☐ N / N	Do you have bad breath? ¿Tiene mal aliento?		☐ Y / S ☐ N / N	Do you drink coffee or tea? ¿Bebe café o té?										
☐ Y / S ☐ N / N	Do you grind your teeth? ¿Aprieta los dientes?		☐ Y / S ☐ N / N	Interested in having whiter/brighter teeth? ¿Le interesaría tener dientes más blancos/brillantes?										
☐ Y / S ☐ N / N	Do you play sports? ¿Practica algún deporte?		☐ Y / S ☐ N / N	Do you have difficulty brushing your teeth? ¿Tiene dificultades para cepillarse los dientes?										
☐ 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 been in an accident that damaged your teeth? / ¿Alguna vez sufrió un accidente que dañó sus dientes?										
☐ Y / S ☐ N / N	Have you ever received Periodontal (Gum) Therapy? ¿Ha recibido terapia periodontal (de las encías) alguna vez?		☐ 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?										
☐ Y / S ☐ N / N	Have you ever worn braces? ¿Alguna vez ha usaclo tirantes?		☐ Y / S ☐ N / N	Do you have any missing teeth? ¿Tiene algún dientes perdidos?										
☐ Y / S ☐ N / N	Are you interested in clear aligners? ¿Esta interesado en Alineadores Transparentes?													

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?	☐ Y / S ☐ N / N	Does your denture cause irritation/soreness? ¿La dentadura postiza, ¿le causa irritación/dolor?	Please circle one. 12345678910
	How old is your denture or partial? / ¿Qué antigüedad tiene su dentadura postiza o prótesis parcial?	☐ 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?	If you answered yes to any of these questions, please explain: / Si respondió sí a cualquiera de las preguntas, por favor explique:
☐ 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?	
☐ Y / S ☐ N / N	Do you use recreational substances? / ¿Utiliza sustancias recreativas?	

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	Penicillin or other antibiotics, please specify: / Penicilina u otros antibióticos, por favor especifique:
☐ Y / S ☐ N / N	Tetracycline / Tetraciclina	☐ Y / S ☐ N / N	Barbiturates, sedatives or sleeping pills / Barbitúricos, sedantes u otras píldoras para dormir
☐ Y / S ☐ N / N	Latex / Látex	☐ Y / S ☐ N / N	Local anesthetics (Novacaine-like medication) / Anestésicos locales (medicamento parecido a la Novacaína)
☐ Y / S ☐ N / N	Sulfa drugs / Fármacos con sulfa	☐ Y / S ☐ N / N	Acrylic / Acrílico
☐ Y / S ☐ N / N	Metal / Metal	☐ Y / S ☐ N / N	Codeine / Codeína
☐ Y / S ☐ N / N	Milk protein / Proteína de la leche	☐ Y / S ☐ N / N	Other, please specify: / Otros, por favor especifique:

Medical History (continued) / Antecedentes Médicos (continuación)

Please check any conditions that you currently or previously have had: / Marque las condiciones que tenga actualmente o que haya tenido anteriormente:

☐ Y/S ☐ N/N	AIDS/HIV Positive SIDA/VIH positivo	☐ Y/S ☐ N/N	Diabetes Diabetes	☐ Y/S ☐ N/N	Hepatitis B or C Hepatitis B o C	☐ Y/S ☐ N/N	Recent Weight Loss Pérdida de peso reciente
☐ Y/S ☐ N/N	Alzheimer's Disease Enfermedad de Alzheimer	☐ Y/S ☐ N/N	Drug Addiction Drogadicción	☐ Y/S ☐ N/N	Herpes Herpes	☐ Y/S ☐ N/N	Renal Dialysis Diálisis renal
☐ Y/S ☐ N/N	Anaphylaxis Anafilaxis	☐ Y/S ☐ N/N	Easily Winded Se agita fácilmente	☐ Y/S ☐ N/N	High Blood Pressure Presión arterial elevada	☐ Y/S ☐ N/N	Rheumatic Fever Fiebre reumática
☐ Y/S ☐ N/N	Anemia Anemia	☐ Y/S ☐ N/N	Emphysema Enfisema	☐ Y/S ☐ N/N	Hives or Rash Erupciones	☐ Y/S ☐ N/N	Rheumatism Reumatismo
☐ Y/S ☐ N/N	Angina Angina	☐ Y/S ☐ N/N	Endocarditis Endocarditis	☐ Y/S ☐ N/N	Hypoglycemia Hipoglucemia	☐ Y/S ☐ N/N	Scarlet Fever Escarlatina
☐ Y/S ☐ N/N	Arthritis/Gout Artritis/Gota	☐ Y/S ☐ N/N	Epilepsy or Seizures Epilepsia o convulsiones	☐ Y/S ☐ N/N	Human Papillomavirus (HPV) / Virus del papiloma humano (VPH)	☐ Y/S ☐ N/N	Shingles Culebrilla
☐ Y/S ☐ N/N	Artificial Heart Valve* Válvula cardíaca artificial*	☐ Y/S ☐ N/N	Excessive Bleeding Hemorragia excesiva	☐ Y/S ☐ N/N	Irregular Heartbeat / Fre- cuencia cardíaca irregular	☐ Y/S ☐ N/N	Sickle Cell Disease Células falciformes
☐ Y/S ☐ N/N	Artificial Joint* Articulación artificial*	☐ Y/S ☐ N/N	Excessive Thirst Sed excesiva	☐ Y/S ☐ N/N	Kidney Problems Problemas renales	☐ Y/S ☐ N/N	Sinus Problem Problemas en los senos paranasales
☐ Y/S ☐ N/N	Asthma Asma	☐ Y/S ☐ N/N	Fainting Spells/Dizziness Desmayos/mareos	☐ Y/S ☐ N/N	Leukemia Leucemia	☐ Y/S ☐ N/N	Sleep Apnea Apnea del sueño
☐ Y/S ☐ N/N	Blood Disease Enfermedad sanguínea	☐ Y/S ☐ N/N	Frequent Cough Tos frecuente	☐ Y/S ☐ N/N	Liver Disease Enfermedad hepática	☐ Y/S ☐ N/N	Spina Bifida Espina bifida
☐ Y/S ☐ N/N	Blood Transfusion Transfusión de sangre	☐ Y/S ☐ N/N	Frequent Diarrhea Diarrea frecuente	☐ Y/S ☐ N/N	Low Blood Pressure Presión arterial baja	☐ Y/S ☐ N/N	Stomach/Intestinal Disease / Enfermedades estomacales/intestinales
☐ Y/S ☐ N/N	Breathing Problem Problemas respiratorios	☐ Y/S ☐ N/N	Frequent Headaches Dolores de cabeza frecuentes	☐ Y/S ☐ N/N	Lung Disease Enfermedad pulmonar	☐ Y/S ☐ N/N	Stroke / Accidente cerebrovascular
☐ Y/S ☐ N/N	Bruise Easily Formación de moretones	☐ Y/S ☐ N/N	Glaucoma Glaucoma	☐ Y/S ☐ N/N	Mitral Valve Prolapse* Prolapso de válvula mitral*	☐ Y/S ☐ N/N	Swelling of Limbs Hinchazón de las extremidades
☐ Y/S ☐ N/N	Cancer Cáncer	☐ Y/S ☐ N/N	Hay Fever Fiebre del heno	☐ Y/S ☐ N/N	Osteoporosis Osteoporosis	☐ Y/S ☐ N/N	Thyroid Disease Enfermedad tiroidea
☐ Y/S ☐ N/N	Chemotherapy Quimioterapia	☐ Y/S ☐ N/N	Heart Attack/Failure / Insufi- ciencia/ataque cardíaco	☐ Y/S ☐ N/N	Pain in Jaw Joints Dolor en las articulaciones mandibulares	☐ Y/S ☐ N/N	Tonsillitis Amigdalitis
☐ Y/S ☐ N/N	Chest Pains Dolores en el pecho	☐ Y/S ☐ N/N	Heart Murmur* Soplo cardíaco*	☐ Y/S ☐ N/N	Parathyroid Disease Enfermedad paratiroidea	☐ Y/S ☐ N/N	Tuberculosis Tuberculosis
☐ Y/S ☐ N/N	Cold Sores/Fever Blisters Aftas/ampollas	☐ Y/S ☐ N/N	Heart Pacemaker* Marcapasos cardíaco*	☐ Y/S ☐ N/N	Parkinson's Disease / En- fermedad de Parkinson's	☐ Y/S ☐ N/N	Tumors or Growths Tumores o crecimientos
☐ Y/S ☐ N/N	Congenital Heart Disorder Trastorno cardíaco congénito	☐ Y/S ☐ N/N	Heart Trouble/Disease Problema cardíaco	☐ Y/S ☐ N/N	Pins, Rods, Stints or Shunts / Pernos, varillas, soportes y desviaciones	☐ Y/S ☐ N/N	Ulcers Úlceras
☐ Y/S ☐ N/N	Convulsions Convulsiones	☐ Y/S ☐ N/N	Hemophilia Hemofilia	☐ Y/S ☐ N/N	Psychiatric Care Atención psiquiátrica	☐ Y/S ☐ N/N	Venereal Disease Enfermedad venérea
☐ Y/S ☐ N/N	Cortisone Medicine Medicación con cortisona	☐ Y/S ☐ N/N	Hepatitis A Hepatitis A	☐ Y/S ☐ N/N	Radiation Treatments Radioterapia	☐ Y/S ☐ N/N	Yellow Jaundice Ictericia

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:

☐ Y/S ☐ N/N	Tranquilizer / Tranquilizantes	☐ Y/S ☐ N/N	Heart medications / Medicamentos para el corazón	☐ Y/S ☐ N/N	Antibiotics or sulfa drugs; if yes, please specify: / Antibióticos o fármacos con sulfa; En caso afirmativo, por favor especifique:
☐ Y/S ☐ N/N	Aspirin (daily) / Aspirina (diariamente)	☐ Y/S ☐ N/N	Nitroglycerine / Nitroglicerina		
☐ Y/S ☐ N/N	Insulin or diabetes medication / Insulina o medicamentos para la diabetes	☐ Y/S ☐ N/N	Anticoagulants (e.g. Coumadin, blood thin- ners) / Anticoagulantes (por ej. Coumadin)		
☐ Y/S ☐ N/N	Herbal supplements / Suplementos a base de hierbas	☐ Y/S ☐ N/N	Contraceptives / Pildoras anticonceptivas	☐ Y/S ☐ N/N	Bisphosphonates (used to treat osteoporosis, such as Fosamax, Boniva, Actonel and Zometa) / Bifosfonatos (usados para tratar la osteoporosis, como Fosamax, Boniva, Actonel y Zometa)
☐ Y/S ☐ N/N	High blood pressure medicine Medicina para la presión arterial elevada	☐ Y/S ☐ N/N	Phen-Fen or Redux / Phen-Fen o Redux		

Medical History (continued) / Antecedentes Médicos (continuación)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. If I have completed this form on behalf of a minor patient, I understand that I must remain in the dental practice during the entire length of each visit and/or procedure(s).

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 Green Cove Dental of all liability regarding undisclosed medical history information.

He respondido a todas las preguntas según mi conocimiento. Le avisaré al proveedor de salud dental en caso de cualquier cambio en mi salud o medicamento durante cada visita. Si he completado este formulario en nombre de paciente menor de edad, entiendo que debo permanecer en la clínica dental durante toda la duración de cada visita y/o procedimiento(s).

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 Green Cove Dental de toda responsabilidad sobre la información de antecedentes médicos que yo no haya mencionado.

Signature of Patient or Guardian / Firma del Paciente o Tutor	If authorized guardian, relationship to patient / Si es el tutor autorizado, relación al paciente	Date / Fecha
Witness Name / Nombre del testigo	Witness Signature / Firma del testigo	
Dentist Name / Nombre del Dentista	Dentist Signature / Firma del Dentista	Date / Fecha