

# Rand Center for Dentistry

## Patient Registration Form / Formulario de Registro del Paciente

Patient Name / Nombre del Paciente	SS# / Número de la Seguridad Social	Driver's License & State / El Permiso de conducir e Indica
Home Address / Dirección	City, State, Zip / Ciudad, Estado, Código Postal	Birthdate / Fecha de Nacimiento
	Sex / Sexo <input type="checkbox"/> Male / Macho <input type="checkbox"/> Female / Hembra	Marital Status / Estado Marital
Home Phone / Teléfono Residencial	Cell Phone / Teléfono Celular	Email
Primary Insurance Company _____ Group _____ Subscriber _____		
Secondary Insurance Company _____ Group _____ Subscriber _____		

## Responsible Party / Partido Responsable

Name / Nombre	SS# / Número de la Seguridad Social	Driver's License & State / El Permiso de conducir e Indica
Home Address / Dirección	City, State, Zip / Ciudad, Estado, Código Postal	Birthdate / Fecha de Nacimiento
	Sex / Sexo <input type="checkbox"/> Male / Macho <input type="checkbox"/> Female / Hembra	Marital Status / Estado Marital
Home Phone / Teléfono Residencial	Cell Phone / Teléfono Celular	Email
Name of Employer / Nombre del Empleador	Occupation / Ocupación	Work Phone / Trabajo Teléfono
Business Address / Dirección Comercial	City / Ciudad	State, Zip / Estado, Código Postal
Spouse's Name / el Nombre de Cónyuge	SS# / Número de la Seguridad Social	Birthdate / Fecha de Nacimiento
Spouse's Employer / el Empleador de Cónyuge	Spouse's Occupation / la Ocupación de Cónyuge	Spouse's Work # / Teléfono del Trabajo de Cónyuge
Spouse's Business Address / la Dirección Comercial de Cónyuge	City / Ciudad	State, Zip / Estado, Código Postal

## How did you hear about our Office? / ¿Cómo se enteró usted de nuestra oficina?

(check only one / verifique sólo uno)

Who selected this office? / ¿Quién seleccionó esta oficina?  Self / Ser  Spouse / Cónyuge  Parent / Padre  Employer / Empleador

Where did you find the Phone Number to this Office? / ¿Dónde encontró usted el Número de teléfono a esta Oficina? \_\_\_\_\_

- Referred by a friend / Referido por un amigo  
 Welcome Wagon / a la bienvenida Vagón  
 Relative / Pariente  
 Yellow Pages / Páginas amarillas  
 Newspaper Ad / Anuncio Periodístico  
 Other / Otro \_\_\_\_\_  
 Insurance Plan / Plan de Seguro  
 Sign by Building / el Signo por Edificio

## CONSENT / CONSENTIMIENTO

\*\*\* I will answer all health questions to the best of my knowledge / Contestaré todas las preguntas de la salud según mi leal saber y entender\*\*\*

\_\_\_\_\_  
(initial / inicial)

After explanation by the doctor, I hereby authorize the performance of dental services upon the above named patients and whatever procedures that the judgement of the doctor may decide in order to carry out these procedures. I also authorize and request the administration of any anesthetics and x-rays as may be deemed necessary and advisable by the doctor.

Después de explicación por el médico, yo por la presente autorizo el desempeño de servicios dentales sobre el encima de pacientes denominados y lo que procedimientos que el juicio del médico puede decidir llevar a cabo estos procedimientos. Yo también autorizo y solicito que la administración de cualquier anestésico y radiografías como puede ser creído necesario y conveniente por el médico.

\_\_\_\_\_  
Signature / Firma

\_\_\_\_\_  
Date / Fecha

\_\_\_\_\_  
Relationship to patient / La relación al paciente

NAME: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

**PATIENT'S DENTAL HEALTH**

Why have you come in to see us today? (e.g.: pain, checkup, etc.) \_\_\_\_\_

Previous Dentist: \_\_\_\_\_ Last visit: \_\_\_\_\_ Date of last cleaning: \_\_\_\_\_

What problems have you had with past dental treatments? \_\_\_\_\_

How often do you brush? \_\_\_\_\_ Do you floss? Yes No How often? \_\_\_\_\_

Please circle each:

I clench my teeth during the day or while sleeping	Y	N	My gums feel tender or swollen	Y	N
My gums bleed while brushing/flossing	Y	N	I have problems eating	Y	N
I like my smile	Y	N	I have had facial or jaw injury	Y	N
I want whiter teeth	Y	N	I want my teeth straight	Y	N
I avoid brushing part of my mouth due to pain	Y	N			

**PATIENT'S MEDICAL HISTORY**

I consider my health to be (please circle one)      Excellent      Good      Fair      Poor

Do you have or have had any of the following? (Please circle Y or N)

Y N Heart Disease	Y N Liver Disease	Y N Aids
Y N Heart Murmur/Mitral Valve Prolapse	Y N Jaundice	Y N Immune Suppressed Disorder
Y N Stroke	Y N Hepatitis Type ____	Y N Hearing Loss
Y N Congenital Heart Lesions	Y N Diabetes	Y N Fainting Spells
Y N Rheumatic Fever	Y N Excessive Urination and/or Thirst	Y N Glaucoma
Y N Abnormal Blood Pressure	Y N Infectious Mononucleosis (Mono)	Y N History of Emotional or Nervous Disorders
Y N Anemia	Y N Herpes	Y N Autism
Y N Prolonged Bleeding Disorder	Y N Arthritis	
Y N Tuberculosis or Lung Disease	Y N Sexually Transmitted Disease/Venereal Disease	
Y N Asthma	Y N Kidney Disease	
Y N Hay Fever	Y N Tumor or Malignancy	
Y N Sinus Trouble	Y N Cancer/Chemotherapy	
Y N Epilepsy/Seizures	Y N Radiation Treatment	
Y N Ulcers/GERD	Y N History of Drug Addiction	
Y N implants/Artificial Joints      Hip      Knee	Other: _____	
Y N I smoke or use tobacco. If Yes, how much per day? _____	For how many years? _____	
Y N I have consumed alcohol within the past 24 hours		
Y N I usually take an antibiotic prior to dental treatment		
Y N Have you ever taken Fen-Phen or Redux?		
Y N I have had major surgery: Year: _____ Type of operation: _____	Year: _____ Type of operation: _____	

Y N Do you have any other medical problem or medical history not listed on this form? \_\_\_\_\_

**Are you allergic to any of the following?**      Please list all medications you are currently taking:

Please circle Y or N	Medicine: _____	Condition: _____
Y N Aspirin	Medicine: _____	Condition: _____
Y N Ibuprofen	Medicine: _____	Condition: _____
Y N Sulfa drugs/Sulfites/Sulfides	Medicine: _____	Condition: _____
Y N Penicillin	Medicine: _____	Condition: _____
Y N Codeine	Physician's Name: _____	Phone: _____
Y N Latex/Metals/Plastics	Address: _____	Fax: _____
Y N Local Anesthesia/Novocaine		
Y N Other Medications - which ones? _____		

In the event of an emergency, please contact:

Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Initial Medical/Dental Health Reviewed By:

X _____	X _____
Doctor's Signature      Date	Patient's Signature      Date

Periodic Medical/Dental Health Reviewed By:

X _____	X _____
Doctor's Signature      Date	Patient's Signature      Date