# 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 ☐ Male / Macho ☐ 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 ☐ Male / Macho ☐ 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 / Trabaje 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

# RAND CENTER FOR DENTISTRY

**PRINT NAME:**_____ **DOB:**_____ **TODAY'S DATE:**_____

**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? _____

- ☐ Clench or grind my teeth during the day or while sleeping
- ☐ My gums bleed while brushing/flossing
- ☐ I like my smile
- ☐ I would like whiter teeth
- ☐ I avoid brushing part of my mouth due to pain
- ☐ My gums feel tender or swollen
- ☐ I have problems eating
- ☐ I have had facial or jaw injury
- ☐ I want my teeth straight
- ☐ I am interested in braces

**MEDICAL HISTORY**

I consider my health to be (please check one) : ☐ Excellent ☐ Good ☐ Fair ☐ Poor

**Do you have or have had any of the following? (Please check all that apply)**

- ☐ Heart Disease
- ☐ Heart Murmur/Mitral Valve Prolapse
- ☐ Stroke
- ☐ Congenital Heart Lesions
- ☐ Rheumatic Fever
- ☐ Abnormal Blood Pressure (High / Low)
- ☐ Pacemaker
- ☐ Anemia
- ☐ Prolonged Bleeding Disorder
- ☐ Tuberculosis or Lung Disease
- ☐ Asthma
- ☐ COPD
- ☐ Sinusitis
- ☐ Epilepsy / Seizures
- ☐ Ulcers/GERD
- ☐ Liver Disease
- ☐ Jaundice
- ☐ Hepatitis Type ___
- ☐ Diabetes
- ☐ Thyroid Disorders
- ☐ Excessive Urination and/or Thirst
- ☐ Infectious Mononucleosis (Mono)
- ☐ Herpes
- ☐ Arthritis
- ☐ Sexually Transmitted Disease/Venereal Disease
- ☐ Kidney Disease ☐ Dialysis
- ☐ Tumor or Malignancy
- ☐ Cancer ☐ Chemotherapy
- ☐ Radiation Treatment
- ☐ History of Drug Addiction
- ☐ HIV / AIDS
- ☐ Immune Suppressed Disorder
- ☐ Hearing Loss
- ☐ Fainting Spells
- ☐ Glaucoma
- ☐ Emotional / Nervous Disorders
- ☐ Autism
- ☐ Learning Disability
- ☐ Hay Fever / Seasonal Allergies

**Female Patients Only:**

- ☐ Pregnant
- ☐ Could Be Pregnant
- ☐ Nursing
- ☐ Birth Control Medication

- ☐ Implants or Artificial Joints: ☐ Hip ☐ Knee ☐ Shoulder Other:_____
- ☐ Smoke ☐ Chew Tobacco
- ☐ E-Cigarettes ☐ Vaping
- ☐ I have consumed alcohol within the past 24 hours
- ☐ I usually take an antibiotic prior to dental treatment. Why? _____
- ☐ Have you ever taken Fen-Phen or Redux?
- ☐ I have had major surgery: Year:_____ Type of operation:_____ Year:_____ Type of operation:_____
- ☐ Do you have any other medical problem or medical history not listed on this form? _____

**Are you allergic to any of the following? (Please check all that apply)**

☐ Aspirin ☐ Ibuprofen ☐ Sulfa Drugs / Sulfites / Sulfides ☐ Penicillin ☐ Codeine ☐ Local Anesthesia / Novocaine

☐ Latex ☐ Metals ☐ Plastics ☐ Foods: _____

☐ Other Medications - Please list: _____

**Physician's Name:**_____ **Phone:**_____ **Date of Last Visit:**_____

**Please list all medications you are currently taking:**

Medicine:_____ Condition:_____

Medicine:_____ Condition:_____

Medicine:_____ Condition:_____

Medicine:_____ Condition:_____

**In the event of an emergency, please contact:**

Name_____ Relationship _____ Phone_____

**X**_____ _____

**Patient's Signature** **Date**

Medical or Dental Health Reviewed By:

**X**_____ _____

**Doctor's Signature** **Date**