

Today's Date / Fecha

## PATIENT INFORMATION

### Información del Paciente

Last Name / Apellido	First / Nombre	M.I. / Inicial
<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		
Date of Birth / Fecha de nacimiento		
Gender / Sexo		
Home Address / Dirección de casa		
City / Ciudad	State / Estado	Zip Code / Código postal
Mail Address (if different from above) / Dirección de correo (si es diferente de la anterior)		
City / Ciudad	State / Estado	Zip Code / Código postal
E-Mail Address / Dirección electrónica		
Home Telephone / Teléfono de casa	<input type="radio"/> Check the circle of the number you'd like us to call to confirm your appointment.	
Work Telephone / Teléfono de trabajo	<input type="radio"/> Seleccione el círculo del teléfono al cual prefera a le hablenos para confirmar su cita.	
Mobile Telephone / Teléfono celular		
Driver's Lic. No. / N° de licencia de conducir	SSN / N° de seguridad social	
Employer / Empleador	Occupation / Ocupación	

## ACCOUNT INFORMATION

### Información de Cuenta

Please complete this section if someone other than the patient listed above is financially responsible for this account. Por favor, llene esta sección si el paciente no es responsable de pagar esta cuenta.

Last Name / Apellido	First / Nombre	M.I. / Inicial
<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		
Date of Birth / Fecha de nacimiento		
Gender / Sexo		
Home Address / Dirección de casa		
City / Ciudad	State / Estado	Zip Code / Código postal
Mail Address (if different from above) / Dirección de correo (si es diferente de la anterior)		
City / Ciudad	State / Estado	Zip Code / Código postal
E-Mail / Dirección electrónica		
Home Telephone / Teléfono de casa		
Work Telephone / Teléfono de trabajo		
Mobile Telephone / Teléfono celular		
Driver's Lic. No. / N° de licencia de conducir	SSN / N° de seguridad social	
Employer / Empleador	Occupation / Ocupación	

Welcome!



Dr. A. Solis

¡bienvenidos!

## INSURANCE INFORMATION

### Información de Aseguranza

Insurance Company / Compañía de seguros
Insurance Co. Telephone / Teléfono de la compañía
Group or Policy No. / N° de grupo o póliza
Name of Insured / Nombre de la persona asegurada
Relationship to Patient / Relación con el paciente
Insured's Date of Birth / Fecha de nacimiento de la persona asegurada
Insured's Social Security No. / N° de seguridad social de la persona asegurada
Insured's Employer / Empleador de la persona asegurada

## AGREEMENT

### Acuerdo

**Authorization, Release and Agreement to Pay for Services Rendered:** I authorize Southwest Celebrity Smiles: (1) to release any information — including the diagnosis and the records of any treatment or examination rendered to me during the period of such dental care — to third party payers and/or other health practitioners, and (2) to request my insurance company to pay directly to Southwest Celebrity Smiles (or the dental group) insurance benefits otherwise payable to me. I am aware Southwest Celebrity Smiles is a network provider and all insurance quotes are estimates. I understand my dental insurance carrier may pay less than the actual bill for services. I understand that I am responsible for all costs of dental treatment rendered on my behalf or on behalf of my dependents. I have read and understood the information above. The questions on the medical and dental form have been accurately answered to the best of my knowledge. I understand that furnishing incorrect information can be dangerous to my health.

**Autorización y Acuerdo de Pago por Servicios Prestados:** Autorizo Southwest Celebrity Smiles: (1) para liberar toda la información — incluyendo el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen que me ha prestado durante el período de dicha atención dental — para los contribuyentes terceros y/u otros profesionales de la salud, y (2) para solicitar a mi compañía de seguros pagar directamente a Southwest Celebrity Smiles (o el grupo dental) de otro modo pagadero a mí. Soy consciente de Southwest Celebrity Smiles es un proveedor de la red y todas las cotizaciones del seguro son estimaciones. Entiendo que mi compañía de seguros dental podrá pagar menos que la cuenta actual de los servicios. Entiendo que soy responsable de todos los costos de los tratamientos dentales prestados en mi nombre o en nombre de mis dependientes. He leído y comprendido la información anterior. Las preguntas sobre la forma médica y dental han sido respondidas con precisión y son para mi conocimiento. Entiendo que suministrar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud.

Patient's Signature (or of parent/guardian if a minor)  
Firma del paciente (o de padre o tutor en caso de un menor de edad)

Date / Fecha



How did you find out about us?  
¿Como escucho de nosotros?

Office use:

Patient / Nombre del paciente

D.O.B. / Fecha de nacimiento

Date / Fecha

Dr's Initials

For women: / Para mujeres:

## MEDICAL/DENTAL HISTORY

### Historia Médico/Dental

Are you allergic to any of the following?

¿Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes?

Yes/Sí No/No

- |                       |                       |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Aspirin / Aspirina                                  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Amoxicillin / Amoxicilina                           |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Codeine / Codeína                                   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Dental Anesthetic / Anestésicos dentales            |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Erythromycin / Eritromicina                         |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Iodine / Yodo                                       |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Latex / Látex                                       |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Penicillin / Penicilina                             |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sedatives / Sedantes                                |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Tetracycline / Tetraciclina                         |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Sulfa Drugs / Sulfonamidas                          |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Other (please list below) / Otros (lista más abajo) |

List any prescription or over-the-counter medications you are taking.  
Enumere cualquier medicamentos de receta o sin receta que está tomando.

Yes/Sí No/No

- |                       |                       |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Do you require antibiotics before dental treatment?<br>¿Necesita antibióticos antes del tratamiento dental?   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Are you interested in oral sedation?<br>¿Está usted interesado en la sedación oral?   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Do you use tobacco? / ¿Usted fuma o mastica tabaco?   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Do you like your smile? / ¿Le gusta su sonrisa?   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Are your teeth sensitive to hot, cold, sweet or sour liquids or foods?<br>¿Estan sus dientes sensibles a líquidos o alimentos calientes, frios, dulces or agrios? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Do your gums ever bleed? / ¿Sus encías sangran?   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Have you ever had gum treatment?<br>¿Sus encías han sido tratadas?  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Do you bite your lips or cheeks?<br>¿Se muerde los labios o las mejillas?   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Have you had orthodontics? / ¿Ha tenido la ortodoncia?  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Do you clench or grind your teeth?<br>¿Usted tensa o rechina los dientes?   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Do you have sores or lumps in or near your mouth?<br>¿Tiene llagas o bultos en o cerca de la boca?  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Do you have a history of past difficulty with numbing areas of your mouth?<br>¿Ha tenido dificultad para adormecer las zonas de la boca?                          |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Have you had head, neck or jaw injuries?<br>¿Ha tenido heridas en la cabeza, el cuello o la mandíbula?  |

Have you experienced the following in your jaw?

¿Ha experimentado lo siguiente en su mandíbula?

Yes/Sí No/No

- |                       |                       |  |
|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Clicking / Tronar  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Pain (in joint, ear or side of face)<br>Dolor (en conjunto, la oreja o a un lado de la cara) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Difficulty in opening or closing<br>Dificultad para abrir o cerrar                           |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Difficulty in chewing / Dificultad para masticar   |

Yes/Sí No/No

- |                       |                       |  |
|-----------------------|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Are you taking birth control pills?<br>¿Está tomando píldoras anticonceptivas? |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Are you pregnant? / ¿Está embarazada?  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Are you nursing? / ¿Está amamantada?   |

Have you had any of the following diseases or medical problems?

¿Ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas médicos?

Yes/Sí No/No

- |                       |                       |   |
|-----------------------|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Abnormal bleeding / Sangrado anormal  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Alcohol/Drug abuse / Abuso de alcohol o drogas                                  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Allergies/Hay fever/Cedar fever<br>Alergias/Fiebre del heno/Fiebre del cedro    |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Anemia / Anemia   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Anorexia/Bulimia / Anorexia/Bulimia   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Arthritis / Artritis  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Artificial bones/joints/valves**<br>Huesos/Articulaciones/Válvulas artificiales |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Asthma / Asma   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Cancer/Chemotherapy / Cáncer/Quimioterapia                                      |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Diabetes/Hypoglycemia / Diabetes/Hipoglucemia                                   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Difficulty breathing / Dificultad para respirar                                 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Dry Mouth / Boca seca   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Emphysema / Enfisema  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Epilepsy / Epilepsia  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Fainting spells / Desmayos  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Frequent headaches/Migraine<br>Dolores frecuentes de cabeza/Migraña             |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Glaucoma / Glaucoma   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Heart attack / Ataque al corazón  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Heart murmur** / Soplo cardíaco   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Heart surgery / Cirugía cardíaca  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hemophilia / Hemofilia  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hepatitis / Hepatitis (type: / tipo: _____)                                     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Herpes/Fever blisters / Herpes/Herpes labial                                    |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | High blood pressure / Tensión alta/hipertensión                                 |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | HIV/AIDS / VIH/SIDA   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Kidney problems / Problemas de riñón  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Liver disease / Enfermedad hepática   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Low blood pressure / Tensión baja/hipotensión                                   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Mitral valve prolapse** / Prolapso de la válvula mitral                         |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Pacemaker** / Marcapasos  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Psychiatric problems / Problemas psiquiátricos                                  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Radiation treatment / Tratamiento de radiación                                  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Rheumatic/Scarlet fever** / Reumáticas/Escarlatina                              |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Seizures / Convulsiones   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Stroke / Derrame cerebral   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Thyroid problems / Problemas de tiroides  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Tonsillitis / Amigdalitis   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Tuberculosis / Tuberculosis   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Ulcers / Úlceras  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Venereal disease / Enfermedades Venéreas  |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Vertigo / Vértigo   |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Other (please list below) / Otros (lista más abajo)                             |