

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Sexo M F
Name of Patient Birthdate Age Sex

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Address City State Zip

Teléfono _____ Número De Teléfono Del Trabajo _____
Phone Work Phone

¿Siente dolor en la boca o en los dientes? _____ ¿Dónde específicamente? _____
Does your mouth or teeth hurt? Where?

¿Cuándo fue la última vez que visitó al dentista? _____ ¿Qué le hicieron? _____
When was the last time you were seen by a dentist? What was done?

¿Por qué nos visita hoy? _____
Why are you here today?

¿Cuál es el nombre de su doctor medico? _____ ¿Dirección del doctor? _____ Teléfono _____
Your physicians name? Address Phone

¿Cuándo fue la última vez que visitó su Doctor? _____ ¿Por qué? _____
When was the last time you were seen by a doctor? Why?

¿Ha sido Usted hospitalizado en los últimos dos años? _____ ¿Por qué? _____
Have you been hospitalized in the past two years? Why?

¿Usted fuma? _____ ¿Cuántos cigarrillos? _____ ¿Toma alcohol? _____ ¿Cuanto? _____
Do you smoke? How Much? Do you drink alcohol? How much?

¿Está Usted embarazada? SI NO _____ ¿Aproximada fecha De dar la luz? _____
Are you pregnant? Yes No Due Date:

Liste todas las medicinas sin receta medica que Usted está tomando: _____
List all non-prescription medicine you are taking:

Liste todas las medicinas con receta medica que Usted está tomando: _____
List all prescription drugs you are taking:

¿Ha Usted sufrido de alguna reacción debido a alguna medicina? _____ ¿Qué medicina? _____
Have you ever had an undesired reaction from a drug? What drug?

Describa la reacción: _____
Describe the reaction:

¿Usted sufre de exceso de sangrado cuanto tiene una herida o cuando se lastima? _____
Do you suffer from excessive bleeding when you cut yourself or hurt yourself?

Usted sufre o alguna vez ha sufrido de alguno de las siguientes condiciones. Marque Si o No por cada una de las condiciones: Do you now have, or ever had, any of the following: Circle Si (yes) or No (no) for each condition:

Si No Sangramiento Anormal
Abnormal Bleeding

Si No Desmayos
Fainting Spells

Si No Problemas del Riñón
Kidney Disease

Si No Anemia

Si No Glaucoma

Si No Implanto de algún órgano
Organ Implant

Si No Asma
Asthma

Si No Problemas del corazón
Heart condition

Si No Marcapasos
Pacemaker

Si No Cáncer or Tumor

Si No Cirugía del corazón
Heart Surgery

Si No Problemas Respiratorios
Respiratory Problems

reverso, por favor (continued)

reverso, por favor (continued)

reverso, por favor (continued)

Si No Quimoterapia
Chemotherapy

Si No Hemofilia

Si No Fiebre Reumática
Rheumatic Fever

Si No Dolor de Pecho
Chest Pain

Si No Hepatitis

Si No Fiebre escarlatina
Scarlet Fever

Si No Convulsiones
Convulsions

Si No Presión Alta
High Blood Pressure

Si No Tuberculosis

Si No Diabetes

Si No Reemplazo de Caderas
Joint Replacement

Si No Ulceras
Ulcers

Si No Epilepsia
Epilepsy

Si No Sida o HIV
HIV/AIDS

Si No Soplo Cardíaco: Si responde que si, por favor hable con su doctor antes de su visita dental. Algunos soplos cardíacos requieren de prescripción médica. *Heart Murmur – If yes, please check with your physician prior to dental appointment. Some heart murmurs require pre-medication for dental care.*

*Esta clínica es para pacientes que no tienen seguro dental privado o que no tienen al momento medios para pagar por cuidados dentales y se encuentran con problemas dentales serios tales como dolor, un absceso o un diente o muela roto o quebrado. (Residentes del estado de Oregon no pueden ser miembros del Oregon Health Plan.) El tratamiento urgente va a ser suministrado por uno de los dentistas con licencia de la clínica ambulante Northwest Medical Teams' Mobile Dental Care.

Yo por este medio solicito los servicios dentales y autorizo al dentista o dentistas que desempeñen los tratamientos que en su juicio profesional son apropiados y necesarios. Esto incluye, pero no limita, a la administración de anestesia local y/o anestesia de Nitrato de Oxido y puede incluir, si es necesario, la extracción de dientes primarios o permanentes. Otros tratamientos pueden incluir pero no es limitado a: sellamientos, amalgamas de plata, rellenos de pasta, coronas plateadas, endodoncia de dientes primarios o permanentes. Si el consentimiento es para un menor, yo doy permiso para estos tratamientos sin que yo este presente.

Entiendo que el dentista o dentistas que van a suministrar los servicios dentales, lo están haciendo sin recibir pagos directos de los pacientes que están tratando. Entiendo y reconozco que el dentista que me va a tratar no esta controlado no afiliado con ninguna persona o compañía (incluyendo pero no limitado al Regence BlueCross BlueShield od Oregon) quien podría haber donado dinero al Northwest Medical Teams para la compra y operación del automóvil dental ambulante en el cual el dentista me va a tratar.

Fecha: _____

Date

Firma del Paciente (o guardián si el paciente es menor de 18 años)

Signature of Patient (or Guardian, if patient is under 18 years of age)

**This clinic is for low-income patients who have no private dental insurance or the means to pay for dental care at this time, and have a serious dental problem such as pain, an abscessed or broken tooth. (Oregon residents must not be on the Oregon Health Plan.) A licensed dentist(s) utilizing Northwest Medical Teams' Mobile Dental van will provide urgent care treatment.*

I hereby request dental services and authorize the dentist(s) to perform the procedures that in his or her professional judgment are appropriate and necessary. This includes, but is not limited to, the administration of local anesthesia and/or nitrous oxide analgesia (laughing gas) and may include, if necessary, the extraction of baby or permanent teeth. Other treatment may include but is not limited to: sealants, silver fillings, tooth colored fillings, silver crowns, root canal therapy for baby or permanent teeth. If this consent is for a minor, I give permission for this care without my being present.

I understand that the dentist(s) providing the dental services is doing so without receiving payment directly from the patients being served. I understand and acknowledge that the dentist who will treat me is not controlled by nor affiliated in any manner with Regence BlueCross BlueShield of Oregon which organization has merely donated money to Northwest Medical Teams to purchase or operate a certain mobile dental van in which I may be treated.