



**Family Dentistry & Orthodontics
Miami Center for Cosmetic and Implant Dentistry**

Patient Health Record / Expediente Médico

Today's Date: _____ Chart #: _____

Last Name (Apellido): _____ First Name (Primer Nombre): _____ Middle (Inicial): _____

Address (Dirección): _____ Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____ Home Ph: _____

City, State, Zip: _____ Social Security #: _____ Cell Ph: _____

Email: _____ Driver's License # (Licencia): _____ State (Estado): _____

Marital Status (Estado Matrimonial): _____ Sex (Sexo): _____ Ht (Altura): _____ Wt (Peso): _____

Occupation (Ocupación): _____ Employer (Empleador): _____ Work Ph: _____

Dental Insurance (Seguro Dental): _____

Spouse's Name (Nombre de su esposo/a): _____ Spouse's Employer (Empleador): _____

Name of Physician (Nombre de su médico): _____ Physician's Phone # (Número de Tel): _____

- How did you hear about our office? (¿Como supo de nuestra oficina?) _____
- Reason for visit? (¿Razón de su visita?): _____
- When was your last dental visit? (¿Cuando fue su último examen dental?): _____
- Have you ever had any serious complications associated with previous dental treatment? Explain (¿Ha tenido algún problema serio relacionado a un tratamiento dental? Explique. _____
- How often do you brush? (¿Con que frecuencia se cepilla los dientes?) _____ Floss? (¿hilo dental)? _____
- What texture Toothbrush do you use? (¿Que textura de cepillo usa?): Soft (Suave) Med (Mediano) Hard (Duro) Nylon
- Do your gums bleed when... Brushing / Flossing? (¿Cuando sangran sus encías? Al cepillar / Al pasar hilo dental?)
- Do you feel discomfort when your teeth come in contact with liquids or foods that are hot, cold, sour, sweet? Explain. (¿Siente sensación de dolor cuando sus dientes entran en contacto con líquidos o comidas que están calientes, frías, agrias, dulces? Yes/Si No Explain / Explique): _____
- Do you have dentures, fillings, missing teeth or loose teeth? (¿Usted tiene dientes postizos, empastes, le faltan dientes o tiene dientes flojos?) Explain (Explique): _____
- Do your gums feel tender or swollen? (¿Sus encías se sienten sensibles o inflamadas?) Yes No
- Do you gag easily? (¿Tiene tendencia a atorarse fácilmente?) Yes No
- Do you clench or grind your jaws? (¿Tiende a hacer gestos o rechinar sus dientes?) Yes No

I am interested in (Estoy interesado en): Please check all that apply (Por favor, marque lo que aplique)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Whiter Teeth (Dientes más blancos) | <input type="checkbox"/> A better smile (Una mejor sonrisa) |
| <input type="checkbox"/> Replacing Missing teeth (Reemplazar dientes que faltan) | <input type="checkbox"/> Straightening my teeth (Enderezar mis dientes) |
| <input type="checkbox"/> Fixing broken or fractured teeth (Arreglar dientes fracturados) | <input type="checkbox"/> Healthier gums (gingiva) (Tener encías más saludables) |
| <input type="checkbox"/> Extracting wisdom teeth (Extraer cordales) | <input type="checkbox"/> A better bite (Una mejor mordida) |
| <input type="checkbox"/> Eliminating Pain/ Discomfort (Eliminar dolor/ incomodidad) | <input type="checkbox"/> A healthy mouth (Una boca saludable) |
| <input type="checkbox"/> Other (Otro) | |

Consent for treatment

This is to certify that I, the undersigned, consent to the performing of dental and oral surgical procedures agreed to be necessary or advisable, including local anesthetic, as indicated. Family Dentistry and Orthodontics may review my credit history in order to help in providing me with the most convenient financial arrangement. I will assume responsibility for fees associated with dental procedures I agree to.

Permiso para Tratamiento

Certifico que yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para que se me atienda con cualquier procedimiento dental o de cirugía que sea necesario o que se me aconseje como necesario, incluyendo el uso de anestesia. Family Dentistry and Orthodontics puede revisar mi historia de crédito, para ayudar a darme el mejor financiamiento posible. Yo asumiré responsabilidad por cualquier cargo que sea relacionado con este tratamiento dental que yo he acordado.

➤ _____
Patient's Signature

Date (Fecha)