

Patient Information UPDATE- Informacion de el Paciente

Today's Date Fecha de hoy: _____
Name: _____
Nombre First Last
Prefer to be called: _____
Prefiero ser llamado: _____
Birthday: _____
Fecha de nacimiento: _____
Home address: Direccion: _____

Mobile #: _____ Home #: _____
Celular #: _____ Casa #: _____
Email- correo electronico: _____
School/Employer: _____
Escuela/Empleador: _____
What are your orthodontic concerns? Describa la preocupacion de ortodoncia? _____

Person Responsible for Account -Persona Responsable de la Cuenta

PERSON #1 Name: _____
Nombre: First Last (Apellido)
Relationship to Patient: _____ Marital Status: _____
Relacion al Paciente: estado civil:
Home address (if different): Direccion (solo si es diferente): _____

Mobile #: _____ Home #: _____
Celular #: _____ Casa #: _____
Email- correo electronico: _____
Employer: _____
Empleador: _____
Insurance Co.: _____ ID#: _____
Insurance Phone #: _____
PERSON #2 Name: _____
Nombre: First Last (Apellido)
Relationship to Patient: _____ Marital Status: _____
Relacion al Paciente: estado civil:
Home address (if different): Direccion (solo si es diferente): _____

Mobile #: _____ Home #: _____
Celular #: _____ Casa #: _____
Email- correo electronico: _____
Employer: _____
Empleador: _____
Insurance Co.: _____ ID#: _____
Insurance Phone #: _____

Medical/Dental History – Historial Medico

Please list all previous or current medical conditions: ☐ None
Por favor, escriba todos los problemas medicos: Ninguna

Please list all medications that you are currently taking: ☐ None
Lista de todos los medicamentos que este tomando actualmente: Ninguna

Do you have any allergies? If so, please list: ☐ None
¿Tiene alguna alergia? Por favor, escriba todas las alergias: Ninguna

Do you use tobacco of any form? ☐ Yes ☐ No Frequency: _____
¿Consumo tabaco? ¿Con qué frecuencia?
During the past year have you taken biphosphonates? ☐ Yes ☐ No
(usually for osteoporosis) ¿Durante los últimos 12 meses ¿ha tomado bifosfonatos?
Are you pregnant? ☐ Yes ☐ No
¿Esta embarazada?
Tonsils or adenoids removed? ☐ Yes ☐ No
¿Te extrajeron adenoides o anginas?

Dentist's Name: _____
Nombre de su Dentista: _____
Date of last checkup: _____
Fecha de la ultima revision/limpieza: _____
Any pending treatment? ☐ Yes ☐ No
¿tratamiento pendiente?
Any history of pain in your jaw joint (TMJ/TMD)? ☐ Yes ☐ No
¿Historia de dolor en la articulación de la mandíbula?
Have you ever had an injury to your ☐ Mouth ☐ Teeth ☐ Chin ☐ No
Alguna vez ha tenido una lesión en su Boca Dientes Barbilla
Describe - describa: _____
Habits - Habitos
Y ☐ N ☐ Clenching/grinding teeth – Apretar/rechinar los dientes
Y ☐ N ☐ Lip sucking/biting – Morder/chupar labios
Y ☐ N ☐ Mouth breather – Respirar por la boca
Y ☐ N ☐ Nail biting – Morder las unas
Y ☐ N ☐ Speech problems – Problemas del habla
Y ☐ N ☐ Thumb/finger sucking – Chupar los dedos
Y ☐ N ☐ Tongue thrust – empuje de lengua

Consent - Consentimiento

The information that I have given today is correct to the best of my knowledge. I also understand that this information will be held in the strictest confidence and that it is my responsibility to inform this office of any changes in my medical status.

Patient/Guardian Signature: _____ Date: _____

La información que he dado hoy es correcta para mi conocimiento. Yo entiendo que esta información se mantendrá en la más estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad informar a esta oficina sobre cualquier cambio en mi estado médico.

Patient/Guardian Signature: _____ Date: _____

CBCT Informed Consent –

Our 12 second scan is less than a traditional film based panoramic radiograph when used with a lead apron and neck collar. CBCT offers our patients enhanced diagnostic value at a significantly reduced exposure. Simultaneously, CBCT scans can image the head and most of the neck. As dentists and orthodontists, we evaluate teeth, jaws, and surround supporting bone using CBCTs for those limited purposes. Our training and dental license does not provide for evaluating and diagnosing outside those areas. However, since CBCT imaging can cover a broader area, we want to offer you the opportunity to have your CBCT scan read by an oral radiologist, trained and licensed to evaluate and diagnose a broader area. CBCT may show evidence of disease of the cervical spine, skull, or arteries. We can have your CBCT scan read by an oral radiologist for a fee of \$120.00. If you are interested in taking advantage of this service, please complete the applicable section below.

☐ **YES!** I would like to have my CBCT scan read by an oral radiologist and understand that I'm responsible for the additional cost of \$120.00, which is separate from any orthodontic fees.

Email results to: _____
☐ **NO.** I understand the risks and benefits of having my CBCT scan read and interpreted by an oral radiologist, however, I knowingly decline.

Signature of Responsible Party: _____
Date: _____

CBCT Informó de consentimiento

Nuestro escaneo de 12 segundos es menos que una radiografía panorámica tradicional cuando se usa con un chaleco/mandil de plomo. El CBCT ofrece a nuestros pacientes un valor de diagnóstico mejor con una exposición significativamente reducida. Simultáneamente, los escaneos CBCT pueden obtener imágenes de la cabeza y la mayor parte del cuello. Como dentistas y ortodoncistas, evaluamos dientes, mandíbulas y hueso de soporte utilizando CBCT para esos propósitos. Nuestra licencia de capacitación y dental no permite evaluar y diagnosticar fuera de esas áreas. Sin embargo, dado que las imágenes CBCT pueden abarcar un área más amplia, queremos ofrecerle la oportunidad de que sus imágenes tomadas por el CBCT sean leídas por un radiólogo oral, capacitado y con licencia para evaluar y diagnosticar. CBCT puede mostrar evidencia de enfermedad de la columna cervical, el cráneo o las arterias. Podemos hacer que su escaneo CBCT sea leído por un radiólogo oral por un costo de \$120.00. Si está interesado en aprovechar este servicio, complete la sección siguiente.

☐ **Si!** Me gustaría que el radiólogo oral leyera mi CBCT y entiendo que soy responsable del costo adicional de \$120.00 y que es independiente de los costos de ortodoncia.

Envíe los resultados al correo electrónico: _____
☐ **No,** entiendo los riesgos y beneficios de que mi escaneo CBCT sea leído e interpretado por un radiólogo oral, sin embargo, conscientemente me niego/ rechazo este servicio.

Firma de la persona responsable: _____
Fecha: _____