Welcome

Thank you for selecting our dental healthcare team! We will strive to provide you with the best possible dental care. To help us meet all your dental healthcare needs, please fill out this form completely in ink. If you have any questions or need assistance, please ask us – we will be happy to help.

How Did You Hear About Us?

☐ **Phone Book**	☐ **Street Sign**	☐ **Statesman Journal**
☐ **Insurance:**	☐ **Postcard**	☐ **Facebook**
☐ **Internet Site:**	☐ **Is there someone we can thank for referring you?**	☐ **Other:**

Responsible Party **Who is responsible for the account?**	
Name:	
Relationship to patient:	
Birthdate:	
Driver's License#:	
SS# or Subscriber Identification # (SIN):	
Address:	
City:	
State:	
Zip:	
Employer:	
Occupation:	**Best way to verify appt.:**
Work Phone:	☐ Work
Home Phone:	☐ Home
Cell Phone:	☐ Cell
E-mail:	☐ E-mail

Financial Arrangements	**Late Charges**
For your convenience, we offer the following methods of payment. Please check the option which you prefer: ☐ **Cash** ☐ **Debit Card** ☐ **Credit Card** ☐ **Care Credit** *Personal checks are not accepted. Payment is expected at the time of service.	If I do not pay the entire new balance within 25 days of the monthly billing date, a late charge of 1.5% on the balance then unpaid and owed will be assessed each month (if allowed by law). I realize that failure to keep this account current may result in you being unable to provide additional dental services except for dental emergencies or where there is prepayment for additional services. In the case of default on payment of this account, I agree to pay collection costs and reasonable attorney fees incurred in attempting to collect on this amount or any future outstanding account balances. **Signature**_____ **Date**_____

Turn Page Over →

Primary Dental Insurance Information	Secondary Dental Insurance Information
Name of Insured:	Name of Insured:
Relationship to Patient:	Relationship to Patient:
Insured's Birthdate:	Insured's Birthdate:
SS#/SIN:	SS#/SIN:
Employer:	Employer:
Insurance Company:	Insurance Company:
Group #:	Group #:
Employee/Cert.#:	Employee/Cert.#:
Ins. Co. Address:	Ins. Co. Address:
Ins. Co. Phone:	Ins. Co. Phone:

Dental Insurance Agreement

We are happy to help you file your insurance claims to receive the dental benefits which your employer and you are paying premiums. Dental benefit plans can vary from company to company with different procedures covered or not covered. Insurance companies base the amounts that they will pay toward your dental treatment on restricted fee schedules related to premium payments and geographical location. Meaning your insurance plan will pay only what it allows for each service, regardless of what the actual fee is. Deductibles and co-payments are typically built in to most plans and their required payment is strictly regulated by state law. Your Employee Benefits Director can usually help you become familiar with your plan and any restrictions that may apply. Our office is happy to assist you in maximizing your benefits.

We agree to:
Complete your insurance claim forms and submit them to your carrier for you after treatment in our office.
Use current American Dental Association coding for correct reporting of procedures.
Accept direct payment from your carrier and keep track of balances.
If necessary, re-file your insurance a second time.
Your responsibilities as a patient:
To pay fees not covered by your plan at the time of treatment.
To provide our office with necessary information concerning your insurance coverage to allow correct filing of claims.
To understand that your plan is a contract between you and your employer and the insurance carrier. Our office will do all we can to facilitate claims payment, but we do not have the power to make your plan pay.
To pay any account balance not paid by insurance.

We thank you for choosing our office and will do all we can to help you maximize your benefits for the year. The information you have provided will help us serve your dental healthcare needs more effectively and efficiently. If you have any questions at anytime, please ask – we are always happy to help. We will keep one copy in your chart and will give you a copy for your records upon request.

I hereby authorize payment directly to the dental providers from my dental insurance company. I understand that I am ultimately responsible for all costs of dental treatment. I grant the right to this office to provide information to my insurance company regarding my dental treatment. I also authorize the dentist to release any information including the diagnosis and the records of any treatment or examination rendered to me or my child during the period of such Dental care to other health practitioners.

_____ _____

Patient or Insured Date

Formulario para la Historia de Salud

ADA American Dental Association®
America's leading advocate for oral health

Email: Fecha de hoy:

Como lo requiere la ley, nuestra oficina se adhiere a las políticas y a los procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información que creamos, que recibimos o que mantenemos sobre usted. Sus respuestas son para nuestros registros solamente y se mantendrán en forma confidencial de acuerdo a las leyes vigentes. Por favor, advierta que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y que pueden hacerle preguntas adicionales respecto a su salud. Esta información es vital y nos permitirá entregarle una atención apropiada. Esta oficina no usará estos datos para hacer discriminaciones.

Nombre: Teléfono de Casa: *Incluya código del área* Teléfono de Oficina/Celular: *Incluya código del área*
Apellido *Nombre* *2o Nombre*

Dirreción: Ciudad: Estado: Código postal:
Dirreción postal

Ocupación: Altura: Peso: Fecha de nacimiento: Sexo:

SS# o ID del Paciente: Contacto en Emergencias: Parentesco: Teléfono: *Incluya código del área* Teléfono celular: *Incluya código del área*

Si usted está llenando este formulario para otra persona, qué parentesco tiene con esa persona?
Su Nombre *Parentesco*

Tiene alguna de estas enfermedades o problemas: *(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)*	**Sí**	**No**	**NS**
Tuberculosis activa	☐	☐	☐
Tos persistente de más de 3 semanas de duración	☐	☐	☐
Tos que produce sangre	☐	☐	☐
Ha estado en contacto con alguien que tiene tuberculosis	☐	☐	☐

Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos 4 problemas, por favor deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.

Información Dental *En las preguntas siguientes haga el favor de marcar su respuesta con una (X) donde corresponda.*

	Sí	**No**	**NS**
Le sangran las encías cuando se cepilla o cuando usa seda dental?	☐	☐	☐
Le duelen los dientes con el frío, calor, con los dulces o al presionar?	☐	☐	☐
Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes?	☐	☐	☐
Sufre de boca seca?	☐	☐	☐
Ha tenido algún tratamiento periodontal (de la encía)?	☐	☐	☐
Ha tenido tratamientos de ortodoncia (con aparatos)?	☐	☐	☐
Ha tenido algún problema asociado con un tratamiento dental anterior?	☐	☐	☐
Está fluorada el agua que llega a su casa?	☐	☐	☐
Bebe usted agua embotellada o filtrada?	☐	☐	☐
Si es así, con qué frecuencia? *Marque su respuesta con un círculo:* A DIARIO / SEMANALMENTE / OCASIONALMENTE			
Tiene dolor o molestias dentales en este momento?	☐	☐	☐

	Sí	**No**	**NS**
Sufre de dolor de oídos o del cuello?	☐	☐	☐
Tiene algún ruido, salto o molestia en la mandíbula?	☐	☐	☐
Tiene bruxismo o hace rechinar los dientes?	☐	☐	☐
Tiene lesiones o úlceras en su boca?	☐	☐	☐
Usa dentaduras (placas) completas o parciales?	☐	☐	☐
Participa en actividades enérgicas de recreación?	☐	☐	☐
Ha sufrido alguna lesión grave en la cabeza o en la boca?	☐	☐	☐

Fecha de su último examen dental:
Qué le hicieron en esa ocasión?

Fecha de su última radiografía dental:

Cuál es el motivo de su visita al dentista hoy?

Cómo se siente con su sonrisa?

Información Médica *Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.*

	Sí	**No**	**NS**
Se encuentra ahora bajo el cuidado de un médico?	☐	☐	☐

Médico: Teléfono: *Incluya código del área*
Nombre

Dirección/Ciudad/Estado/Código:

Se encuentra usted sano/a?	☐	☐	☐
Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año?	☐	☐	☐

Si es así, qué condición le están tratando?

Fecha de su último examen médico:

	Sí	**No**	**NS**
Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado/a en los últimos 5 años?	☐	☐	☐

Si es así, cuál fue la enfermad o el problema?

Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta?	☐	☐	☐

Sí es así, por favor indique cuáles son, incluyendo vitaminas, preparados naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos:

Información Médica

Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)	Sí	No	NS
Usa lentes de contacto?	☐	☐	☐
Articulaciones Artificiales. Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?	☐	☐	☐
Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación? _____			
Está tomando o tiene que empezar a tomar un agente antirresortivo (como Fosamax®, Actonel®, Atelvia, Boniva®, Reclast, Prolia) debido a osteoporosis o a enfermedad de Paget?	☐	☐	☐
Desde el año 2001, ha sido tratado/a o está actualmente en lista para comenzar tratamiento con un agente antirresortivo (como Aredia®, Zometa®, XGEVA) para dolor óseo, hipercalcemia o complicaciones esqueléticas derivadas de la enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer metastásico?	☐	☐	☐
Fecha del comienzo del Tratamiento: _____			

	Sí	No	NS
Usa sustancias reguladas (drogas)?	☐	☐	☐
Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)?	☐	☐	☐
Si es así, le interesaría dejar de hacerlo? MUCHO ☐ / ALGO ☐ / NO ME INTERESA ☐			
Bebe bebidas alcohólicas?	☐	☐	☐
Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? _____			
Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana? _____			
SÓLO MUJERES Está usted:			
Embarazada?	☐	☐	☐
Número de semanas: _____			
Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal?	☐	☐	☐
Amamantando?	☐	☐	☐

Alergias. Es usted alérgico – o ha tenido alguna reacción – a:
En todas las respuestas **afirmativas**, especifique el tipo de reacción.

	Sí	No	NS
Anestésicos locales _____	☐	☐	☐
Aspirina _____	☐	☐	☐
Penicilina u otros antibióticos _____	☐	☐	☐
Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir _____	☐	☐	☐
Sulfas _____	☐	☐	☐
Codeína u otros narcóticos _____	☐	☐	☐
Metales _____	☐	☐	☐
Látex (goma) _____	☐	☐	☐
Yodo _____	☐	☐	☐
Polen (fiebre del heno)/estacional _____	☐	☐	☐
Animales _____	☐	☐	☐
Alimentos _____	☐	☐	☐
Otros _____	☐	☐	☐

Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas.

	Sí	No	NS
Válvula cardíaca artificial (prótesis)	☐	☐	☐
Previa endocarditis infecciosa	☐	☐	☐
Válvulas dañadas en corazón transplantado	☐	☐	☐
Enfermedad cardíaca congénita (ECC)			
ECC cianótica, sin reparar	☐	☐	☐
Reparada en los últimos 6 meses (completamente)	☐	☐	☐
ECC reparada con defectos residuales	☐	☐	☐

Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.

	Sí	No	NS
Enfermedad cardiovascular	☐	☐	☐
Angina	☐	☐	☐
Arterioesclerosis	☐	☐	☐
Insuficiencia cardíaca congestiva	☐	☐	☐
Daño en las válvulas cardíacas	☐	☐	☐
Infarto del miocardio	☐	☐	☐
Soplo en el corazón	☐	☐	☐
Presión arterial baja	☐	☐	☐
Presión arterial alta	☐	☐	☐
Otros defectos congénitos del corazón	☐	☐	☐
Prolapso de la válvula mitral	☐	☐	☐
Marcapasos	☐	☐	☐
Fiebre reumática	☐	☐	☐
Enfermedad cardíaca reumática	☐	☐	☐
Sangramiento anormal	☐	☐	☐
Anemia	☐	☐	☐
Transfusión sanguínea Si es así, fecha: _____	☐	☐	☐
Hemofilia	☐	☐	☐
SIDA o infección por VIH	☐	☐	☐
Artritis	☐	☐	☐

	Sí	No	NS
Enfermedad autoinmune	☐	☐	☐
Artritis reumatoidea	☐	☐	☐
Lupus eritematoso sistémico	☐	☐	☐
Asma	☐	☐	☐
Bronquitis	☐	☐	☐
Enfisema	☐	☐	☐
Sinusitis	☐	☐	☐
Tuberculosis	☐	☐	☐
Cáncer/Quimoterapia/ Radioterapia	☐	☐	☐
Dolores de pecho por esfuerzo	☐	☐	☐
Dolor crónico	☐	☐	☐
Diabetes Tipo I o II	☐	☐	☐
Trastornos de alimentación	☐	☐	☐
Malnutrición	☐	☐	☐
Enfermedad gastrointestinal	☐	☐	☐
Reflujo G.E./ardor persistente	☐	☐	☐
Úlceras	☐	☐	☐
Alteraciones de la tiroides	☐	☐	☐
Derrame cerebral	☐	☐	☐

	Sí	No	NS
Glaucoma	☐	☐	☐
Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática	☐	☐	☐
Epilepsia	☐	☐	☐
Desmayos o ataques epilépticos	☐	☐	☐
Alteraciones neurológicas Si es así, especifique: _____	☐	☐	☐
Alteraciones del sueño	☐	☐	☐
Usted ronca?	☐	☐	☐
Alteraciones mentales Especifique: _____	☐	☐	☐
Infecciones recurrentes Tipo de infección: _____	☐	☐	☐
Alteraciones renales	☐	☐	☐
Sudor nocturno	☐	☐	☐
Osteoporosis	☐	☐	☐
Inflamación persistente de los ganglios del cuello	☐	☐	☐
Cefaleas graves/jaquecas	☐	☐	☐
Pérdida de peso severa o rápida	☐	☐	☐
Enfermedades venéreas	☐	☐	☐
Orina en forma excesiva	☐	☐	☐

Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental? ☐ ☐ ☐

Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó: Teléfono: *Incluya código del área*

Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber? ☐ ☐ ☐
Explique por favor:

NOTA: Se encarece tanto al doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes del tratamiento.
Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba y que la información entregada en este formulario es exacta. Comprendo la importancia de que la historia de salud sea fidedigna y de que mi dentista y su personal puedan confiar en ella para realizar mi tratamiento. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún miembro de su personal por las acciones que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/Apoderado: Fecha:

Firma del proveedor.: Fecha:

A SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO/A

Comentarios:

Authorization to Release & Discuss Dental Information

The HIPPA privacy law requires that we are only authorized to communicate with patients themselves, guardians, insurance providers, physicians and specialists, unless we have authorization in writing by the patient to communicate with others on their behalf. Please provide all family members or friends you want us to be able to speak with. **Spouses are not automatically included; their names must be explicitly stated below.** You may opt out by checking the "Do not Release Information" box below.

Name of authorized person: _____ Relationship: _____

☐ Appointments ☐ Financial ☐ Dental Treatment ☐ Insurance ☐ Other

Name of authorized person: _____ Relationship: _____

☐ Appointments ☐ Financial ☐ Dental Treatment ☐ Insurance ☐ Other

Name of authorized person: _____ Relationship: _____

☐ Appointments ☐ Financial ☐ Dental Treatment ☐ Insurance ☐ Other

---

☐ DO NOT release information to anyone.

With my signature below, I acknowledge and understand that this information will be kept in my dental record and the above listed will remain in effect until revoked by me in writing. **It is my responsibility to notify my dental office should I wish to change one or more contacts listed above.**

Patient's Name: _____ Date of Birth: _____

_____ Date: _____

Signature of patient or patient's authorized representative

Thank You!

Cochell Family Dentistry
PRIVACY NOTICE ACKNOWLEDGEMENT

To Our Patients:

Federal law requires that we provide you with a copy of our Privacy Notice.

The Privacy Notice explains how we may use and disclose health information about you. We ask that you sign this form for our records so that we may document your receipt of the Notice.

If you have questions about the Privacy Notice, please feel free to direct these to our Privacy Officer at any time. The name and contact number of the Privacy Officer is listed on your copy of the Privacy Notice.

Patient Name:_____ Date of Birth:_____

Patient to complete this section

I have received a copy of the Privacy Notice for this organization on today's date.

Signed:_____ Date: _____

If patient is unable to acknowledge receipt, staff member providing notice to complete this section

The Privacy Notice was provided to

Patient Name:_____ On _____

The patient was unable to acknowledge receipt of the Privacy Notice for the following reason:

_____
_____
_____

Signed:_____

File this form in the patient's chart

Dental Record and Radiograph Release Form

If you would like x-rays transferred from another office, please fill out the bottom of this form and mail or fax it to **your previous dentist.** This will authorize them to duplicate your records. At your first visit with us, **x-rays will be taken** if we have not received them from your previous dentist.

Prior office name: _____

Phone number: _____ Fax number: _____

Email address: _____

Please send any current radiographs (BWX, FMX and/or PANO) perio charting and any other pertinent dental information to:

Cochell Family Dentistry, P.C.
2225 Mission Street SE, Suite #100
Salem, OR 97302
Phone: 503-585-8688
Fax: 503-763-8719
Email: frontdesk@cochellfd.com

Patients
Name:_____Birthdate:_____

Address:_____

City:_____ State:_____Zip:_____

_____ _____
Relationship to patient Today's Date

_____
Signature (parent if minor)

Note: My appointment at Cochell Family Dentistry, P.C. is on:_____
Please be sure the records arrive before the scheduled appointment above.

Thank you!