

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 ☐ Home ☐ Cell ☐ E-mail
Work Phone:	
Home Phone:	
Cell Phone:	
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

Salud Infantil/Formulario para la Historia Dental



American Dental Association
www.ada.org

Nombre del Paciente ÚLTIMA PRIMERA INICIAL		Apellido	Fecha de Nacimiento																																				
Nombre del Padre/Madre/Encargado		Parentesco/Relación con el Paciente																																					
Dirección DIRECCIÓN POSTAL CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL																																							
Teléfono Casa Trabajo		Sexo M ☐ F ☐																																					
¿Ha tenido usted (padre/ madre/ encargado) o el paciente alguna de estas enfermedades o problemas? ☐ Sí ☐ No 1. Tuberculosis activa, 2. Tos persistente que ha durado más de tres semanas, 3. Tos que produce sangre? Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos tres problemas, deténgase por favor y devuelva este formulario a la recepcionista.																																							
Ha tenido el niño un historial médico, o condiciones relacionadas con lo que sigue? <table border="0"> <tr> <td>☐ Anemia</td> <td>☐ Cáncer</td> <td>☐ Desmayos</td> <td>☐ Inmunizaciones (Vacunas)</td> <td>☐ Embarazo (adolescencia)</td> <td>☐ Tuberculosis</td> </tr> <tr> <td>☐ Artritis</td> <td>☐ Parálisis Cerebral</td> <td>☐ Alteraciones del crecimiento</td> <td>☐ Riñones</td> <td>☐ Fiebre reumática</td> <td>☐ Enfermedades venéreas</td> </tr> <tr> <td>☐ Asma</td> <td>☐ Varicela</td> <td>☐ Oído</td> <td>☐ Alergia al látex</td> <td>☐ Ataques epilépticos</td> <td>☐ Otras _____</td> </tr> <tr> <td>☐ Vejiga</td> <td>☐ Sinusitis Crónica</td> <td>☐ Corazón</td> <td>☐ Hígado</td> <td>☐ Anemia drepanocítica (drepanocitosis)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐ Alteraciones Hemorrágicas</td> <td>☐ Diabetes</td> <td>☐ Hepatitis</td> <td>☐ Sarampión</td> <td>☐ Tiroides</td> <td></td> </tr> <tr> <td>☐ Huesos/Articulaciones</td> <td>☐ Epilepsia</td> <td>☐ VIH +/-SIDA</td> <td>☐ Paperas (parotiditis)</td> <td>☐ Uso de tabaco/ drogas</td> <td></td> </tr> </table>				☐ Anemia	☐ Cáncer	☐ Desmayos	☐ Inmunizaciones (Vacunas)	☐ Embarazo (adolescencia)	☐ Tuberculosis	☐ Artritis	☐ Parálisis Cerebral	☐ Alteraciones del crecimiento	☐ Riñones	☐ Fiebre reumática	☐ Enfermedades venéreas	☐ Asma	☐ Varicela	☐ Oído	☐ Alergia al látex	☐ Ataques epilépticos	☐ Otras _____	☐ Vejiga	☐ Sinusitis Crónica	☐ Corazón	☐ Hígado	☐ Anemia drepanocítica (drepanocitosis)		☐ Alteraciones Hemorrágicas	☐ Diabetes	☐ Hepatitis	☐ Sarampión	☐ Tiroides		☐ Huesos/Articulaciones	☐ Epilepsia	☐ VIH +/-SIDA	☐ Paperas (parotiditis)	☐ Uso de tabaco/ drogas	
☐ Anemia	☐ Cáncer	☐ Desmayos	☐ Inmunizaciones (Vacunas)	☐ Embarazo (adolescencia)	☐ Tuberculosis																																		
☐ Artritis	☐ Parálisis Cerebral	☐ Alteraciones del crecimiento	☐ Riñones	☐ Fiebre reumática	☐ Enfermedades venéreas																																		
☐ Asma	☐ Varicela	☐ Oído	☐ Alergia al látex	☐ Ataques epilépticos	☐ Otras _____																																		
☐ Vejiga	☐ Sinusitis Crónica	☐ Corazón	☐ Hígado	☐ Anemia drepanocítica (drepanocitosis)																																			
☐ Alteraciones Hemorrágicas	☐ Diabetes	☐ Hepatitis	☐ Sarampión	☐ Tiroides																																			
☐ Huesos/Articulaciones	☐ Epilepsia	☐ VIH +/-SIDA	☐ Paperas (parotiditis)	☐ Uso de tabaco/ drogas																																			
Por favor anote el nombre y el número de teléfono del médico del niño: Nombre del Médico _____ Teléfono _____																																							

Historia del Niño

	Sí	No
1. ¿Está el niño tomando algún remedio recetado y/o no recetado o suplementos vitamínicos en este momento? _____ Si es así, por favor haga una lista: _____	☐	☐
2. ¿Es el niño alérgico a algunos remedios, i.e. penicilina, antibióticos o a otros fármacos? Si es así, explique for favor: _____	☐	☐
3. ¿Es el niño alérgico a alguna otra cosa, como ciertos alimentos? Si es así, explique for favor _____	☐	☐
4. Cómo describiría los hábitos alimentarios del niño? _____		
5. ¿Ha tenido el niño una enfermedad grave alguna vez? Si es así, ¿cuándo?: _____ Describala por favor: _____	☐	☐
6. ¿Ha sido el niño hospitalizado alguna vez? _____	☐	☐
7. ¿Tiene el niño un historial clínico por alguna otra enfermedad? Si es así, haga una lista por favor: _____	☐	☐
8. ¿Ha recibido el niño alguna vez un anestésico general? _____	☐	☐
9. ¿Tiene el niño alguna condición hereditaria? _____	☐	☐
10. ¿Tiene el niño algún defecto del habla? _____	☐	☐
11. ¿Ha tenido el niño alguna vez una transfusión sanguínea? _____	☐	☐
12. ¿Tiene el niño alguna minusvalía física, mental o emocional? _____	☐	☐
13. ¿Sufre el niño un sangramiento excesivo cuando se corta? _____	☐	☐
14. ¿Está el niño recibiendo tratamiento por alguna enfermedad actualmente? _____	☐	☐
15. ¿Es esta la primera visita al dentista del niño? Si no es así, ¿cuál fué la fecha de su última visita al dentista? Fecha: _____	☐	☐
16. ¿Ha tenido el niño algún problema con un tratamiento dental en el pasado? _____	☐	☐
17. ¿Le han tomado al niño una radiografía (rayos X) alguna vez? _____	☐	☐
18. ¿Ha sufrido el niño alguna vez lesiones en la boca, en la cabeza o en los dientes? _____	☐	☐
19. ¿Ha tenido el niño algún problema con la erupción o con el recambio de dientes? _____	☐	☐
20. ¿Ha tenido el niño algún tratamiento de ortodoncia? _____	☐	☐
21. ¿Qué tipo de agua bebe su niño? ☐ Agua doméstica ☐ Agua de pozo ☐ Agua embotellada ☐ Agua filtrada		
22. ¿Toma el niño suplementos fluorados? _____	☐	☐
23. ¿Usa dentífricos fluorados? _____	☐	☐
24. ¿Cuántas veces al día se cepillan los dientes del niño? _____ ¿A qué horas se cepillan los dientes del niño? _____	☐	☐
25. ¿Se chupa el niño/a su dedo pulgar, otros dedos o un chupete? _____	☐	☐
26. ¿A qué edad dejó el niño de usar el biberón? Edad _____ ¿La lactancia materna? Edad _____		
27. ¿Participa el niño en actividades recreativas enérgicas? _____	☐	☐

NOTA: Se encarece tanto al doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes de empezar el tratamiento. Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por las medidas 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 _____

A ser completado por el odontólogo/a

Comentarios _____

Sólo Para Uso de la Oficina: ☐ Alerta Médica ☐ Premedicación ☐ Alergias ☐ Anestesia Revisado por _____

Fecha _____

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: _____

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 (BW, 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!