



PATIENT INFORMATION AND HEALTH HISTORY
ALL INFORMATION IS CONFIDENTIAL

Full Name: Birthdate: Age: Sex: Ethnicity: Race (check one): Social Security Number: If Student, School Name: Daytime Phone Number: Emergency Contact: Alternate Phone Number: Emergency Phone Number: Home Address: Medical Doctor: Address: Date of last visit: Have you been hospitalized in the last two years? Are you taking medication now?

Have you ever taken Phen-Fen (Redux or Pondimin)? Are you taking birth control pills? Are you pregnant? Are you nursing?

Are you allergic to any of the following? Check Y (Yes) or N (No) for each condition. Aspirin, Erythromycin, Penicillin, Codeine, Food Allergy, Jewelry/Metals, Tetracycline, Dental Anesthetics, Latex, Other:

Do you have, or ever had, any of the following? Check Y (Yes) or N (No) for each condition. Abnormal Bleeding, Emphysema, Psychiatric Problems, Stroke, Alcohol/Drug Abuse, Epilepsy, Hepatitis, Organ Transplant, Anemia, Fainting Spells, Herpes/Fever Blisters, Low Blood Pressure, Artificial Bones, Jaw Pain, Frequent Headaches, High Blood Pressure, Thyroid Problems, Artificial Joints, Liver Disease, Pacemaker, Asthma, Glaucoma, HIV/AIDS, Respiratory Problems, Cancer or Tumor, Hemophilia, Hyperactivity/ADD, Rheumatic/Scarlet Fever, Chemotherapy, Heart Condition, Artificial Valves, Seizures, Colitis, Heart Surgery, Kidney Disease, Tuberculosis, Diabetes, Heart Murmur\*, Latex Allergy, Ulcers

\*If yes, please check with your physician prior to dental appointment. Some heart murmurs require pre-medication for dental care.

Do you use tobacco? Do you live with someone who smokes in the house? Have you seen a dentist within the last year? What dental treatment was rendered? Why have you come to the dentist today? Are you in pain?

TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE, ALL OF THE PRECEDING ANSWERS ARE TRUE AND CORRECT. I UNDERSTAND THAT IT IS MY RESPONSIBILITY TO NOTIFY THE CLINIC OF ANY CHANGES IN MY HEALTH, MEDICATIONS, ADDRESS, PHONE NUMBERS OR INSURANCE COVERAGE.

Patient Name: Patient Signature (If Patient is a Minor, Signature of Parent/Guardian): Date: Printed Name:



Dentist Signature: Date: Time: Dentist Signature: Date: Time: Dentist Signature: Date: Time:



INFORMACIÓN DEL PACIENTE E HISTORAL DE SALUD
TODA LA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL

Nombre Completo: Fecha de Nacimiento: Edad: Sexo: M F
Grupo Étnico: Raza (marque una):
Asiático, Islas del Pacífico Otro:
Número de Seguro Social: Si es estudiante, nombre de la escuela:
Número de Teléfono durante el día: Contacto de Emergencia:
Número de Teléfono Alternativo: Número de Teléfono de Emergencia:
Dirección del Hogar:
Doctor Médico: Dirección: Fecha de la última visita:

¿Ha estado en el hospital durante los últimos dos años? Sí No Si sí, ¿porqué?
¿Está tomando medicamentos ahora? Sí No Si sí, liste todas las medicinas (con o sin receta):

¿Alguna vez ha tomado Phen-Fen (Fedux o Pondimin)? Sí No
¿Está tomando pastillas anticonceptivas? Sí No ¿Está embarazada? Sí No ¿Está amamantando? Sí No
¿Es alérgico a cualquiera de los siguientes? Marque S (Sí) o N (No) junto a cada condición.
S N Aspirina S N Eritromicina S N Penicilina S N Codefina S N Alergia a Alimentos
S N Joyería/Metales S N Tetraciclina S N Anestésicos Dentales S N Latex
S N Otro:

¿Tiene ahora, o ha tenido alguna vez, cualquiera de los siguientes? Marque S (Sí) o N (No) junto a cada condición.
S N Sangrado Anormal S N Enfisema S N Problemas Psiquiátricos S N Embolia
S N Abuso de Alcohol/Drogas S N Epilepsia S N Hepatitis S N Transplante de Órganos
S N Anemia S N Desmayos S N Herpes/Ampollas de Fiebre S N Presión Arterial Baja
S N Huesos Artificiales S N Dolor de Quiljada S N Dolor de Cabeza Frecuente S N Presión Arterial Alta
S N Problemas de la Tiroides S N Articulaciones Artificiales S N Enfermedades del Hígado S N Marcador de Paso
S N Asma S N Glaucoma S N VIH/SIDA S N Problemas de la Respiración
S N Cáncer o Tumor S N Hemofilia S N Hiperactividad/ADD S N Fiebre Reumática/Escarlatina
S N Quimioterapia S N Condición Cardíaca S N Válvulas Artificiales S N Ataques
S N Collitis S N Cirugía del Corazón S N Enfermedad de los Riñones S N Tuberculosis
S N Diabetes S N Murmullo del Corazón\* S N Alergia a Latex S N Úlceras

\*Si sí, por favor consulte con su médico antes de su cita dental. Algunos soplos del corazón requieren medicamentos previos al tratamiento dental.

¿Usa tabaco? Sí No Si sí, por favor especifique: ¿Qué tan seguido?
¿Vive con alguien que fuma en la casa? Sí No
¿Vio un dentista durante el año pasado? Sí No Si sí, escriba el nombre del dentista:
¿Qué tratamientos dentales recibió?
¿Porqué vino hoy a ver al dentista? ¿Tiene dolor? Sí No

A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO, TODAS LAS RESPUESTAS ANTERIORES SON VERDADERAS Y CORRECTAS. ENTIENDO QUE ES MI RESPONSABILIDAD NOTIFICAR A LA CLINICA ACERCA DE CUALQUIER CAMBIO EN MI SALUD, MEDICAMENTOS, DIRECCIÓN, TELÉFONOS O COBERTURA DE SEGURO.

Nombre del Paciente:
Firma del Paciente (Si el Paciente es menor de edad, Firma del Padre o Guardián): Fecha:
Nombre Impreso:



Nombre del Dentista: Fecha: Hora:
Nombre del Dentista: Fecha: Hora:
Nombre del Dentista: Fecha: Hora:



(610) 954-2460 Fax: (610) 954-2466

CONSENT FOR DENTAL TREATMENT

PLEASE COMPLETE THIS FORM IN INK.

Carefully read the section below, complete information and sign. Both this Consent form and the Patient Information and Health History must be returned before dental services will be scheduled. A dental treatment plan based on examination and diagnosis is available at your request. You will be given a written report following each appointment in the dental clinic. If you have questions or concerns, please call the dental program coordinator at 610-954-2106 before signing this consent.

I authorize the dental staff to perform any necessary dental services that are needed during diagnosis and routine treatment with my consent. I understand that it is my responsibility to notify the Dental Staff of any changes in my health, medications, insurance coverage or to withdraw consent at any time.

Routine treatment will include an examination by a licensed dental professional and may include x-rays, cleaning, sealants, topical fluoride, injection of a numbing agent (local anesthesia), and/or dental fillings.

I understand that the risks of dental treatment are uncommon but could occur. These risks include: infection, continued numbness or tissue irritation from local anesthetic, inhalation of a foreign body, accidental cut, soreness, pain and swelling.

DENTAL INSURANCE: (Union Station Clients need to bring Insurance Card to each appointment.)

Insurance selection options: No insurance for dental care, AmeriHealth Mercy, Gateway, and Other Insurance Co. Name with ID# and Policy # fields.

Do you have Secondary Dental Insurance? Yes No

Insurance Co. Name: Policy #: fields

I give permission to bill my insurance for all qualifying charges and understand that I will not be balanced billed for charges not covered by Medicaid.

For dental services provided to Medicaid recipients, the payments and satisfaction of the claim submitted by the provider of the services will be from Federal and State funds, and that any false claims, statements of documents or concealment of material facts may be prosecuted under applicable Federal and State Laws.

I have had the opportunity to ask questions about the above information, clinic procedure and treatment and these questions have been answered to my satisfaction.

Full Name (please print): field

Signature: Date: fields

If Minor, Full Name of Parent/Guardian (please print): field

If Minor, Parent/Guardian Signature: Date: fields





(610) 954-2460 Fax: (610) 954-2466

# CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

POR FAVOR COMPLETE ESTA FORMA CON BOLÍGRAFO.

Lea cuidadosamente la sección a continuación, complete la información y firme. Las dos formas, el *Consentimiento* y la *Información del Paciente e Historial de Salud* deben ser regresados antes de programarse los servicios dentales. Cuando usted lo solicite hay disponible un plan de tratamiento dental basado en tratamiento y diagnóstico. Se le dará un reporte escrito después de cada cita en la clínica dental. Si tiene alguna pregunta o preocupación antes de firmar este consentimiento, por favor llame a la coordinadora del programa dental al 610-954-2106.

Con mi consentimiento autorizo al personal dental para que haga los servicios dentales que se necesiten durante el diagnóstico y el tratamiento de rutina. Entiendo que es mi responsabilidad notificar al Personal Dental acerca de cualquier cambio en mi salud, medicamentos, cobertura de seguro o si retiro mi consentimiento en cualquier momento.

El tratamiento de rutina incluirá un examen por un profesional dental con licencia y puede incluir rayos X, limpieza, sellos, fluoruro tópico, inyección de un agente adormecedor (anestesia local) y, o rellenos dentales.

Entiendo que los riesgos por tratamiento dental son raros, pero pueden ocurrir. Estos riesgos incluyen: infección, adormecimiento continuo o irritación de tejido debido a la anestesia local, inhalación de un cuerpo extraño, cortaduras accidentales, adolorido, dolor e hinchazón.

**SEGURO DENTAL:** (Los Clientes de Union Station necesitan traer su Tarjeta de Seguro a cada cita.)

\_\_\_\_\_ No tengo seguro para cuidado dental (Se le informará de cualquier cambio que pueda ocurrir.)

\_\_\_\_\_ AmeriHealth Mercy ID#: \_\_\_\_\_ (6 a 8 números)

\_\_\_\_\_ Gateway ID#: \_\_\_\_\_ (8 números)

\_\_\_\_\_ Otro Nombre de la Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Póliza #: \_\_\_\_\_

¿Tiene Seguro Dental Secundario?  Sí  No

Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Póliza #: \_\_\_\_\_

Doy permiso para que se hagan cobros a mi seguro por cualquier cargo que califique y entiendo que no se me cobrará por el balance de cargos que no sean cubiertos por Medicaid.

\*\*\*Por los servicios dentales provistos a miembros de Medicaid, el pago y satisfacción del reclamo presentado por el proveedor de los servicios se hará de fondos federales y estatales y cualquier reclamo o documento falso, o encubrimiento de hechos pueden ser procesados bajo las leyes federales y estatales que apliquen.

He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de la información anterior, los procedimientos de clínica y el tratamiento y estas preguntas han sido contestadas a mi satisfacción.

Nombre Completo (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si es menor de edad, Nombre Completo del Padre o Guardián (letra de imprenta): \_\_\_\_\_

Si es menor de edad, Firma del Padre o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_