

DENTAL ACCESS CAROLINA, LLC—PATIENT'S MEDICAL INFORMATION
(INFORMACION PERSONAL Y MEDICA)

Name _____ BIRTHDATE ____/____/____
Nombre Last (Apellido) First (Nombre) Middle (Medio) Fecha de nacimiento
 SCHOOL _____ TEACHER _____ GRADE _____
Escuela Masetro Grado
 SEX ____ HEIGHT ____ WEIGHT ____ RACE (Circle One) WHITE BLACK HISPANIC OTHER ____

SOUTH CAROLINA MEDICAID # _____
Numero de Medic Aid (Carolina del Sur) Include all 10 Digits (Incluir los 10 digitos)

OR
 O
INSURANCE COMPANY _____ **PHONE** _____
Compañia de Seguros Telefono

RELATIONSHIP TO SUBSCRIBER: SELF SPOUSE CHILD
Relación con el Suscriptor Yo Esposa Niño
SUBSCRIBER NAME _____ **SUBSCRIBER ID #** _____
Nombre del Suscriptor Identificación de suscriptor #
EMPLOYER _____ **GROUP NAME** _____ **GROUP #** _____
Empleador Nombre del grupo Grupo #

PARENT OR GUARDIAN NAME _____
Nombre del padre o del apoderado
HOME ADDRESS _____ **CITY/ZIP CODE** _____
Dirección de casa Ciudad/Código Postal
HOME PHONE _____ **BUSINESS PHONE** _____
Telefono de casa Telefono de oficina
IN CASE OF EMERGENCY CALL _____ **HOME PHONE** _____ **BUS PHONE** _____
En casa de emergencia llamar a Telefono de casa Telefono de oficina
NAME OF PHYSICIAN _____ **PHONE** _____ **LAST SEEN** _____
Nombre del doctor principal Telefono Fecha de la última consulta
DATE OF LAST DENTAL VISIT _____ **NAME OF DENTIST** _____ **CITY** _____
Fecha de la última consulta dental Nombre del dentista Ciudad

PATIENT'S MEDICAL INFORMATION (Información Médica Del Paciente)

Yes (Sí) No

_____ Are you taking any medications?
¿Esta vd tomando algun medicamento?
 _____ Are you allergic to any medications?
¿Es vd alergico a alguna medicina?
 _____ Have you been seriously ill in the last 5 years? If yes, explain: _____
¿Vd ha estado seriamente enfermo en los 5 años? Si la respuesta es si Explique.
 _____ Have you ever been hospitalized or had a serious illness? If yes, explain: _____
¿Vd ha estado hospitalizado o ha estado seriamente enfermo? Si la respuesta es si Explique.
 _____ Has a doctor told you to take antibiotics before ALL dental treatments?
¿Le ha dicho su doctor que tome antibioticos antes de TODO tratamiento dental?

ARE YOU TAKING ANY OF THE FOLLOWING MEDICATIONS? (¿Vd esta tomando alguna de los siguientes medicamentos?)

Yes (Sí) No

_____ Antibiotics (Penicillin, etc.)
Antibioticos (Pencilina, etc.)
 _____ Anticoagulants (blood thinners)
Anticoagulantes (licuarla sangre)
 _____ Antihistamine (Benadryl, etc.)
Antihistaminicos (Benadryl, etc.)
 _____ Aspirin (Advil, Nuprin, etc.)
Aspirinas (Advil, Nuprin, etc.)
 _____ Cortisone (Steroids)
Cortisona (Esteroides)
 _____ Digitalis (Heart Medicine)
Digitalis (medicina para el Corazon)

Yes (Sí) No

_____ Insulin (Diabetes Medication)
Insulina (medicamento de diabeticos)
 _____ High Blood Pressure Medications
Medicamentos para la presión arterial
 _____ Nitroglycerine
Nitroglicerina
 _____ Sulfa Drugs
Sulfas
 _____ Tranquilizers
Tranquilizantes
 _____ Other
Orros

Please complete both sides of this form. (Completar por favor ambos lados de esta forma.)

ARE YOU ALLERGIC OR HAVE YOU REACTED ADVERSELY TO?: (¿Es ud alergico o ha tenido alguna reaccion alergica a?)

Yes (Sí) No

- _____ Antibiotics (Penicillin, etc.)
Antibioticos (Pencilina, etc.)
- _____ Barbituates (Sleeping pills)
Barbituricos (Pastillas para dormir)
- _____ Sulfa Drugs
Sulfas

Yes (Sí) No

- _____ Local Anesthetics
Anestesico local
- _____ Narcotics (Codeine, etc.)
Narcoticos (Codeina, etc.)
- _____ Other _____
Otros

DO YOU HAVE OR HAVE YOU HAD?: (¿Ud tiene o ha teindo?)

Yes (Sí) No

- _____ AIDS/HIV Positive
SIDA/HIV Positivo
- _____ Chemotherapy
Quimioterapia
- _____ Bleeding Problems
Problema de desangrado
- _____ Anemia
Anemia
- _____ Sugar Diabetes
Diabetes-Azucar

Yes (Sí) No

- _____ Asthma/Hay Fever
Asma/febre
- _____ Allergies
Alergias
- _____ Cortisone/Steroids
Cortisona/Esteroides
- _____ Cancer or Tumor
Cancer o tumors

DO YOU HAVE OR HAVE YOU HAD?: (¿Ud tiene o ha teindo?)

Yes (Sí) No

- _____ Drug Addiction
Adiccion a las drogas
- _____ Drug Interactions
Endroge las interacciones
- _____ Epilepsy Seizures
Epilepsia asimiento
- _____ Frequent Fainting
Desmayos frecuentes
- _____ Shortness of Breath
Problemas para respirar
- _____ Head Injury
Problemas en la cabeza
- _____ Heart Trouble or Murmur
Problemas cardiacos o
- _____ Hepatitis-Jaundice
Hepatitis ictericia
- _____ Hives
Irritacion cualquiera de la piel-execma escamado, urticaria, etc.
- _____ Kidney Disease
Problemas con los rinones
- _____ Rheumatic Fever/Rheumatic Heart Disease _____
Fiebre reumatica/enfermedades dee reuma al corazon

Yes (Sí) No

- _____ Prosthetic Hip/Heart Valve
Prosteticos cadera/valvula del corazon
- _____ Psychological Problems
Problemas psicologicos
- _____ Radiation for Head/Neck Cancer
Radiacion a la cabeza/Cancer al cuello
- _____ Frequent Headaches
Dolores de cabeza frecuentes
- _____ Liver Disease
Problemas con el higado
- _____ Sinus Trouble
Problemas de de sinusitis
- _____ Stroke
Ataque al corazon
- _____ Thyroid Disease
Problemas de tiroides
- _____ Tuberculosis/Lung Disease
Tuberculosis/Problemas con los pulmones
- _____ Venereal Disease
Enfermedades venerias

_____ Do you have any other medical condition that I should know about? Explain: _____
¿Ud tiene alguna OTRA condicion medica que deberia saber yo? Explique.

I certify that all information on this form is true and complete to the best of my knowledge and that the patient is not currently under the care of a dentist. I give consent for Dental Access Carolina, LLC to provide dental care and treatment for the child listed on this form and I certify that I am authorized to give such consent. I hereby authorize release of any information that will assist in the treatment or in processing dental claims for services rendered. I understand that photographs may be taken for educational or documentation purposes and give consent.

Certifico que today la informacion contendia en este formato es verdadera y complete de acuerdo a mis conocimientos y que el paciente no esta siendo atendido por un dentista. Doy mi consentimiento a Dental Access Carolina, LLC para que provea de cuidado y tratamiento dental del nino cuyo nobmre se encuentra en esta formato. Certifico que yo estoy autorizado para da dicho consentimiento. Por ello autorizo liberar de cualquier informacion que sea necesaria en el tratamiento o en el proceso de reclamos por el servicio dental. Autorizo el uso de today la informacion para fines de studio e investigacion.

Printed Name of Person Completing Form _____

Nombre de la persona que ha llenado esta formato

Signature _____

Firma

Date _____

Fecha