

We are pleased to welcome you to our office. Please take a few moments to complete these forms as much as possible. If you have any questions we'll be glad to help you.

Nos complace darle la bienvenida a nuestra oficina. Por favor tómesese unos minutos para completar estas formas lo mas completo que sea posible. Si usted tiene alguna pregunta estaremos encantados de avudarle.

**NEW PATIENT FORMS/FORMAS PARA NUEVOS PACIENTES
PERSONAL INFORMATION/INFORMACIÓN PERSONAL**

Name/Nombre _____
Last Name/Apellido _____ First Name/Nombre _____ MI _____ Preferred/ Preferido _____

Birthdate/ fecha de nacimiento: _____ SS#: _____ Gender/Género: _____ Married/Casado: _____

Contacts/Contactos

Work/Trabajo: _____ Cell/Celular: _____ Home/Casa _____

E-mail: _____

May we text you?/ Te podemos mandar mensaje de texto? : _____

Address/Dirección: _____

City/Ciudad: _____ State/Estado: _____ Zip/Código: _____

How did you hear about us? ¿Cómo se enteró de nosotros?

If someone referred you here please write down their name. / Si alguien te ha mandado aquí, por favor escriba su nombre

Emergency Contact/ Contacto de Emergencia

Name/Nombre _____ Number/Número _____ Relation/Relación _____

INSURANCE #1/ASEGURANZA #1

Subscriber Name/Nombre del Suscriptor: _____

Subscriber ID/ID del Suscriptor: _____

Relationship to subscriber/Relación al Suscriptor: _____

Please present insurance card to receptionist. /Por favor, presente la tarjeta de seguridad a la recepcionista.

INSURANCE #2/ASEGURANZA #2

Subscriber Name/Nombre del Suscriptor: _____

Subscriber ID/ID del Suscriptor: _____

Relationship to subscriber/Relación al Suscriptor: _____

Please present insurance card to receptionist./ Por favor, presente la tarjeta de seguridad a la recepcionista.

PREFERRED PHARMACIST/FARMACIAS PREFERIDAS

Pharmacy Name/ Nombre de Farmacia: _____

Pharmacy Location/Ubicación de la Farmacia: _____

Pharmacy Number/Número de teléfono de la farmacia: _____

This is where all prescriptions will be called in. Por Aquí es donde se llamará a todas las prescripciones.

MEDICAL HISTORY/ HISTORIAL MÉDICO

Name of Primary Doctor/ Nombre del Doctor Principal: _____

Phone Number/ Numero de Telefono: _____

Do you use tobacco?/ ¿Utiliza el tabaco? _____ What Kind/ Que tipo _____ How Much/ CUanto _____

Have you had unusual reaction to dental injections?/ ¿Ha tenido reacciones raras a las inyecciones dentales? _____

Allergies/ Alergias

Anesthetic/ Anestésico	Codeine/Codeína	Aspirin/Aspirina	Latex/Látex
Clindamycin/ clindamicina	Penicillin /Penicilina	Ibuprofen/Ibuprofeno	Sulfa/Sulfo

Medical Conditions/ Condiciones Médicas

Asthma/Asma	Bleeding Problems/problemas de sangrado	Kidney Disease/enfermedad renal
Diabetes/Diabetes	Heart Murmur/ Soplo del corazón	Heart Trouble/ Problemas del corazón
Cancer/Cáncer	High blood pressure/ Hipertensión	Joint Replacemete/Reemplazo articular
Pregnancy/Embarazo	Liver Disease/ Enfermedad del hígado	Sinus Trouble/ problemas de sinusitis
Stroke/carrera	Ulcers/ úlceras	Rheumatic Fever/ fiebre reumática

Psychiatric Treatment/ tratamiento psiquiátrico

Please list any medications you are currently taking:

Por favor, indique todos los medicamentos que esté tomando:

Have you been told by a physician that you should premedicate prior to dental treatment? _____

¿Alguna vez le ha dicho un médico que usted debe premedicación antes del tratamiento dental? _____

According to the ADA the following medical conditions require premedication/ Según el ADA las siguientes condiciones médicas requieren premedicación:

- artificial heart valves/ válvulas cardíacas artificiales
- a history of infective endocarditis/historia de la endocarditis Infecciosa
- a cardiac transplant that develops a heart valve problem/ un trasplante cardíaco que elabora un problema en las válvulas del corazón
- Certain congenital (present from birth) heart conditions/ Cierta congénita (presente al nacer) enfermedades del corazón.

*** Patients should check with their cardiologist if there is any question as to whether they fall into one of these categories.**

*** Los pacientes deben consultar con su cardiólogo si hay alguna duda acerca de si ellos caen en una de estas categorías.**

In an effort to facilitate high quality care with your dental needs as our focus, several office guidelines have been initiated to enable us in this endeavor. Please read over the guidelines and financial options. To avoid confusion and misunderstanding as you receive treatment in our office, it is important to understand these guidelines.

- Payment is due on the day the services are performed. We accept cash, credit card or Care Credit payments.
- Appointments are a reservation of our time, expertise, and equipment especially for you. We require 48 business hours' notice of cancellation or rescheduling. Anything less than 48 hours will be considered a "broken" appointment. Failure to do so may result in a missed appointment fee. Exceptions are made only in the event of an emergency.
- We are happy to file insurance and accept assignments of benefits as a courtesy to our patients. You will be expected to provide insurance information for documentation of coverage and to update us with any changes to your policy. You must also be aware of your insurance contract and its provisions if needed. Full-time college students must provide documentation of their enrollment status (college ID card). Insurance patients must pay their deductible and estimated amount due the day of treatment. We will be happy to estimate the amount for you at each visit. However, since it is an estimate, there may be a difference in the amount the insurance company pays and our estimate. A monthly statement for the difference will be billed to you. Please do not hesitate to ask us questions concerning your account or insurance. We will be happy to assist you.
- We do not bill for the portion due the day of service. Please be prepared to pay your estimated portion due at the time of service. For large treatment plans, there are additional options available. These arrangements must be made in advance and can be discussed when the treatment plan is diagnosed.

Prompt payment helps us to keep our costs under control. This benefits you since we do not have to pass on added overhead costs to you, and allows us to focus on dental concerns. However, should collection costs, late fees, attorney and legal costs become necessary; these will be charged to the responsible party. Please note: there will be a \$10 late fee per month and a 1.5% interest charge per month (18% per annum) on any unpaid balance. The undersigned agrees to pay all cost of collection including attorney fees and hereby waive their rights of exemption under the laws of the state of Alabama and any other state.

We look forward to serving you for your dental needs. It is our desire to give you the very best dental care we can offer and to focus on your dental health and beautiful smile.

I have read and understand the above-mentioned guidelines, and I agree to abide by these guidelines.

Consent for Services

To the best of my knowledge the questions on this form have been accurately answered. I understand that providing incorrect information can be dangerous to mine or my child's health. It is my responsibility to inform the office of any changes in mine or my child's medical status & new medications. I authorize and request my insurance company to pay directly to Family Care Dental. I understand that my dental insurance may pay less than the actual bill for services. I agree to be responsible for payment of all services rendered on my behalf, or my dependents. I grant my permission to you and your assignee to telephone me at home or my work to discuss matters related to this form. I have read the above conditions of treatment and payment and agree to their consent.

Permission for Dental Examination/ Treatment

I hereby consent to and authorize Dr. Shaheen R. Upton and/or dental staff to treat my dental needs. I understand that my dental needs will be fully discussed so that I will fully understand any risks involved. I acknowledge that no guarantees will be made concerning the results of the proposed treatment. I consent to the performance of treatment and to the administration of any anesthetic necessary for my treatment including nitrous oxide, if desired. I further authorize and consent that the dentist has permission to choose and employ assistance as deemed fit. This authorization will remain in effect until cancelled in writing by me.

Acknowledgement of receipt of notice of privacy policies/HIPPA policies

I have had access to and read the HIPPA Privacy Practices of Family Care Dental at 1810 Decatur Highway Suite 212, Fultondale, AL 35068. I understand and agree to the said policy. Please ask the front desk if you would like to read the privacy policy.

Notice: The Family Care Dental staff reserves the right to refuse dental treatment to anyone

Patient or Guardian Signature

Date

En un esfuerzo por facilitar el cuidado de alta calidad de sus necesidades dentales como nuestro enfoque, varias guías de la oficina se han iniciado para que podamos en este esfuerzo. Por favor, lea las directrices y opciones financieras. Es importante entender estas guías para evitar confusiones y malos entendidos en cuanto reciba el tratamiento en nuestra oficina.

- El pago es debido en el día los servicios se llevan a cabo. Aceptamos dinero en efectivo, tarjeta de crédito o pagos de Care Credit.
- Las citas son una reserva de nuestro tiempo, la experiencia, y equipo especialmente para usted. Requerimos una notificación de cancelación o reprogramación de 24 horas laborables. Cualquier cosa menos de 24 horas será considerada una cita "rota". El no hacerlo puede resultar en un cargo de cita perdida. Las excepciones se hacen solamente en caso de una emergencia.
- Estamos encantados de archivar el seguro y aceptar asignaciones de beneficios como una cortesía para nuestros pacientes. Se espera proporcionar la información del seguro para la documentación de la cobertura y para ponernos al día con los cambios en su póliza. También debe ser consciente de su contrato de seguro y sus disposiciones en caso necesario. Estudiantes universitarios de tiempo completo deben proporcionar la documentación de su estado de inscripción (documento de identidad de la universidad). Pacientes de seguros deben pagar su valor deducible y estimado por el día del tratamiento. Estaremos encantados de estimar la cantidad por usted en cada visita. Sin embargo, ya que es una estimación, puede haber una diferencia en la cantidad que la compañía de seguros paga y nuestra estimación. Un estado de cuenta mensual de la diferencia se le cobrará a usted. Por favor, no dude en hacer preguntas sobre su cuenta o de seguros. Estaremos encantados de ayudarle.
- Nosotros no cobramos por la parte debido al día de servicio. Por favor, estar preparado para pagar su porción estimada debido al tiempo de servicio. Para los planes de tratamiento grandes, hay opciones adicionales disponibles. Estos arreglos deben hacerse con anticipación y pueden ser discutidos cuando se diagnostica el plan de tratamiento.

El pago puntual nos ayuda a mantener nuestros costos bajo control. Esto le beneficia, ya que no tenemos que pasar sobre los gastos generales adicionales para usted, y nos permite centrarnos en problemas dentales. Sin embargo, en caso de gastos de collection, cargos por pagos atrasados, abogado y costas legales que sea necesario; éstos se cargarán a la parte responsable. Nota: habrá un cargo de \$ 10 por mes y un cargo de 1.5% de interés mensual (18% anual) sobre cualquier saldo impagado. El abajo firmante se compromete a pagar todos los costo de la recolección incluyendo honorarios de abogados y por la presente renuncia a sus derechos de exención de conformidad con las leyes del estado de Alabama y en cualquier otro estado.

Esperamos con impaciencia servirle para sus necesidades dentales. Es nuestro deseo de darle el mejor cuidado dental que podemos ofrecer y centrarse en su salud dental y la sonrisa hermosa.

He leído y entendido las guías antes mencionadas, y yo estoy de acuerdo con estas guías.

Consentimiento para servicios

Al mejor de mi conocimiento las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que dar información incorrecta puede ser peligrosa a la mía o la salud de mi hijo. Es mi responsabilidad informar a la oficina de cualquier cambio en la mía o la condición médica de mi hijo y nuevos medicamentos. Yo autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente a Family Care Dental. Yo entiendo que mi seguro dental puede pagar menos que la factura real de servicios. Estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios prestados en mi nombre o mis dependientes. Yo doy mi permiso para que usted y su asignatario para llamarme por teléfono en casa o mi trabajo para discutir asuntos relacionados con este formulario. He leído las condiciones anteriores de tratamiento y de pago y estoy de acuerdo con su consentimiento.

El permiso para Reconocimiento / Tratamiento dental.

Doy mi consentimiento y autorizo al Dr. Shaheen R. Upton y / o el personal dental para tratar mis necesidades dentales. Entiendo que mis necesidades dentales se discutirán plenamente para que yo entienda completamente los riesgos involucrados. Reconozco que no se realizarán las garantías sobre los resultados del tratamiento propuesto. Doy mi consentimiento para la realización del tratamiento y para la administración de cualquier anestésico necesario para mi tratamiento, incluyendo el óxido nitroso, si se desea. Más Autorizo y doy mi consentimiento que el dentista tenga permiso para elegir y emplear la ayuda tan en forma presunta. Esta autorización permanecerá en efecto hasta que sea cancelado por escrito por mí.

ACUSE DE RECIBO DE DE LA NOTIFICACIÓN DE LAS POLÍTICAS DE PRIVACIDAD / HIPAA

He tenido acceso y leer las prácticas de privacidad de HIPAA de Family Care Dental en 1810 Decatur Highway Suite 212, Birmingham, AL 35068 Entiendo y estoy de acuerdo con dicha política. Por favor, pregunte en recepción si usted desea leer la política de privacidad. Aviso: El personal de Family Care Dental se reserva el derecho a rechazar un tratamiento dental a cualquier persona.

Firma del Paciente o Guardián

Fecha

24 HOUR CANCELLATION POLICY

To better serve our patients, our office has a strict cancelation policy. All appointments should be canceled within 24 hours prior to your scheduled time. Any patient who does not cancel with a 24 hour notice will be charged a \$15.00 fee. We take great pride in dedicating time to properly treat our patients, thus; this policy is to ensure that all patients have a fair chance to schedule convenient appointments.

I understand and agree to Family Care Dental's 24 Hour Cancelation Policy.

Signature

Date

Políza de Cancelación de 24 Horas

Para servir mejor a nuestros pacientes, nuestra oficina tiene una políza de cancelación estricto. Todas las citas deben ser cancelado dentro de 24 horas antes de la hora de su cita. Cualquier paciente que no cancele su cita con un aviso de 24 horas se le cobrará un cargo de \$ 15.00. Nos sentimos muy orgullosos de dedicar el tiempo para dar el tratamiento adecuado a nuestros pacientes, esta políza es para asegurar que todos los pacientes tengan una oportunidad justa de obtener citas convenientes.

Entiendo y estoy de acuerdo con la Políza de Cancelación de 24 Horas de Family Care Dental.

Firma

Fecha

MEDICAL HISTORY/ HISTORIAL MÉDICO

PLEASE CIRCLE ANY OF THE FOLLOWING THAT APPLY TO YOU/POR FAVOR MARQUE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES QUE SE APLICAN A USTED

CONSENT FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION TO SPECIFIED INDIVIDUALS

Family Care Dental is committed to the protection of our patient's personal health information. However, we recognize that individuals other than themselves attend to many of our patient's healthcare needs. In accordance with new HIPAA regulations, we ask that you take a momento to give us the names of individuals with whom we are able to discuss your medical appointments, condition, treatment options, insurance payment informtaion, or other information necessary to our responsibility in your treatment. Please list the name, pone number, and relationship to you of any individuals with whom we may have communication, which may include all, or part of your personal health information. If you choose to not list any names, we will not discuss your medical information with anyone other tan yourself.

- 1. _____
Name and Relationship _____ Phone Number _____
- 2. _____
Name and Relationship _____ Phone Number _____
- 3. _____
Name and Relationship _____ Phone Number _____

Patients Signature _____ Date: _____

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMAITON MÉDICA A LAS PERSONAS ESPECIFICADAS

Family Care Dental se obliga a la protección de la información personal de la salud de nuestros pacientes. Sin embargo, reconocemos que algunos pacientes pueden preferir tener a alguien más sobre su tratamiento de salud médica. Conforme con las nuevas regulaciones de la HIPAA, le pedimos que se tome un momento para darnos los nombres de personas con las que que podemos hablar de sus citas médicas, condición, opciones de tratamiento, información de pago del seguro u otra información necesaria a nuestra responsabilidad en su tratamiento. Por favor, indique el nombre, número de teléfono, y la relación de las personas con las que podemos hablar con sobre su tratamiento que puede incluir todo o parte de su información de salud personal. Si opta por no listar ningún nombre, no hablaremos de su información médica con alguien que no sea usted.

- 1. _____
Nombre y Relación _____ Número de Teléfono _____
- 2. _____
Nombre y Relación _____ Número de Teléfono _____
- 3. _____
Nombre y Relación _____ Número de Teléfono _____

Firma del Paciente _____ Fecha: _____

Oral Health Risk Factors

Patient's Name: _____

1. Do you smoke or have you EVER smoked?

(If no proceed to question 2)

The amount that you are presently smoking (Check ALL that apply)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> None | <input type="checkbox"/> Less than 1 pack a day | <input type="checkbox"/> An occasional cigar |
| <input type="checkbox"/> An occasional cigarette | <input type="checkbox"/> 1-2 packs cigarettes a day | <input type="checkbox"/> Cigars on a daily basis |
| <input type="checkbox"/> A few cigarettes a day | <input type="checkbox"/> 2 or more cigarettes a day | <input type="checkbox"/> A pipe on a daily basis |

If you have quit smoking, when did you quit?

- Less than 6 mon ago 6mon to a yr ago 1-3 yrs ago Over 3 yrs ago

How many yrs have you or did you smoke?

- Less than 2 yrs 2-5 yrs 5-10 yrs 10-20 yrs Over 20 yrs

2. Do you or have you EVER chew/chewed tobacco or use/d snuff or other similar substance?

(If no proceed to question 3)

Are you STILL using smokeless tobacco or snuff?

If no, when did you quit?

- Less than 6 mon ago 6mon to a yr ago 1-3 yrs ago Over 3 yrs ago

How many yrs did you use/d smokeless tobacco?

- Less than a yr 1-2 yrs 2-5 yrs Over 5 yrs

3. Approximate average amount of alcoholic beverages presently consumed per week:

- None Less than 1/week 1-5 drinks 6-11 drinks 11-20 drinks Over 20 drinks

4. Do you have or ever had a substance abuse problem?

Describe: _____

5. Do you presently use any recreational drugs?

List: _____

6. Do you have or ever had an eating disorder?

Please Specify: _____

7. Do you or ever had any head, neck, or mouth piercings?

List: _____

8. Do you or ever been informed that you have been infected with an oncogenic strain (possible cancer-causing) of the Human Papilloma Virus (HPV)?

9. Please list your history or any family member's history of cancer?

10. Other concerns or conditions: _____

CONSENT: To the best of knowledge, all of the preceding information is correct and if there is ever any change in health, or medications, this practice will be notified of the changes without fail. I also consent to allow this practice to contact any healthcare providers and to have the patient's health information released to aid treatment. I also hereby consent to allow diagnosis, proper healthcare and treatment to be performed by this practice for the above named individual until further notice. I understand there are no guarantees or warranties in health or dental care.

Signature _____ Date _____

(Parent or guardian if patient is a minor)

Reviewed By: _____

