

GOODYEAR DENTAL

Patient & Family Information Form

Please **print** all Information in the spaces provided. Be sure to complete and sign the statement on the next form

Last Name _____ First Name _____ M.I. _____

Homes Address _____ City _____ State _____

Home Phone _____ Cell Phone _____ Work Phone _____

Employer Name and Address _____

Social Security Number _____ Date of Birth _____ Primary Ins. _____

Phone Number of Ins. _____ Billing Address _____

Name of Insured and Relation of Patient _____

Insured's ID Number _____ Group Number _____

Secondary Insurance Company Name and Phone _____

Billing Address _____ City _____ State _____

Name of Insured and Relation to Patient _____

Insured's ID Number _____ Group Number _____

Names and Phone Number of person to contact in case of an emergency _____

Phone Number _____

PLEASE ANSWER ALL THE FOLLOWING QUESTION AS PERTAINS TO THE PATIENTS:

Date of last treatment? _____ Did it include a full mouth x-ray? Yes No

Purpose for this visit: _____ Where was treatment performed? _____

1. Is patient in good health? Yes No

2. Has the patient been in the Hospital in the last two years? Yes No

3. Is patient now, or has been under the care of a physician during the past two years? Yes No

A. If yes, what was the condition treated? _____ B. Physician's Name: _____
Address and Phone number: _____

4. Is patient now taking or has taken kind of medicine or drugs during the past year? Yes No

If yes, what drug? _____ if there is more than one, please let the front office know

5. Has patient had abnormal bleeding with previous extractions or surgery? Yes No

6. Is patient subject to any nervous disorders, fainting or dizziness? Yes NO

7. Has patient ever experienced any ill effects from Novocain, Penicillin or any other drug? Yes No

If yes, please list any drug you are allergic to: _____

8. Please check any that apply: Heart Trouble Heart murmur High Blood Pressure Asthma

Anemia Rheumatic Fever Diabetes Tuberculosis Hepatitis Jaundice Arthritis

Tumor or Growth Stroke

9. DO YOU HAVE AIDS? YES NO 10. HAVE YOU BEEN EXPOSED TO AIDS? YES NO

I hereby authorize payment of Dental benefits bill to my insurance to _____,

I hereby accept responsibility for payment for any service(s) provided to me that is not cover by my insurance. I also accept responsibility for fees that the payment made by my insurance, if the Practice dose not participate with my insurance.

I agree to pay all copayment, coinsurance, and deductibles at the time the service is rendered.

I will pay by (check one) cash check credit card number _____

Exp. Date _____

Signature of patient or guardian _____ Date _____

GOODYEAR DENTAL

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido _____ Nombre _____

Fecha de Nacimiento _____ No. Seguro Social _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Tel. _____

¿Fecha del último tratamiento dental _____ Incluyeron radiografías? Si No

¿En qué lugar fue atendido? _____ Quien lo recomienda? _____

¿Cuál es la causa de su visita? _____

¿Tiene el paciente Segura Dental? Si No En caso de tenerlo, diga nombre de compañía Si No

De el nombre de la persona asegurada que sea responsable para cubrir esta cuenta _____

No. Seguro Social _____ - _____ - _____

INFORMACION DE LA FAMILIA Esposo o Esposa o Nino o Nina

Apellido _____ Nombre _____

Guardian o Tutor Domicilio en caso de ser diferente al de arriba _____

(1) Nombre de Compañía en que trabaja _____

Labor que desempeña _____

Si es miembro de la Unión ponga No. Local _____

(2) Nombre de la Compañía en la esposa o esposo _____

Labor que desempeña _____ Si es miembro de la Unión ponga No. Local _____

Tel. del donde trabaja (1) _____ (2) _____

Escriba todos los nombres de su familia que han sido atendidos en esta oficina _____

POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS QUE CORRESPONDEN AL PACIENTE:

I. Tiene buena salud el paciente? Si No

2. Ha estado intentado el paciente en algún hospital los últimos dos años? Si No

3. ¿Esta, o a estado el paciente en tratamiento los últimos do años? Si No

A. En casa de que si, de que fue tratado? _____

B. Nombre del Doctor: _____

4. ¿Está el paciente, o ha estado tomado algún medicamento o drogas durante el último año?
Si o No En caso de que si, de nombres de medicamentos. _____

5. Ha tenido el paciente hemorrosos después de una extracción o cirugía? Si o No

6. ¿Está el paciente sujeto a desordenes nervioso, desmayos o mareos? Si o No

7. ¿Ha experimentado el paciente efectos de la anestesia, penicilina u otro medicamento?
Si o No

8. Subraye cualquiera de los siguientes en caso de que el paciente halle padecido o padezca:

Problema del corazón Alta Presión Asma Anemia Fiebre Reumática

Diabetes Tuberculoses Hepatitas Arteritis Tumores Esfumada del Riñón

9. Ha padecido el paciente otra seria enfermedad que usted a crea que deba decirnos?

10. Ha Experimento el paciente cualquier reacción desfavorable de algún tratamiento den
¿Dental reciente? _____

II. Mujeres: ¿Está usted embarazada? _____

DOY COMPLETE AUTORIZACION PARA QUE SE EMPLEE ANESTECIA LOCAL, OXIDO NITROSO, ANALEGECIA U OTRO MEDICACION NECESARIA. PARA EL TRATAMIENTO DENTAL.

Firma _____ Fecha _____