

Life Hope Centers

Patient Application and Consent for Health Care

PATIENT'S LAST NAME

FIRST NAME

BIRTH DATE

PATIENT CONSENT FOR GENERAL PRIMARY CARE

I hereby authorize the Physicians, Nurses, Optometrists, Dentists and/or other health care providers of Life Hope Centers, to examine and/or treat me and/or my dependent as named above. I understand that it is my responsibility to notify Life Hope Centers (559-284-3050) of any changes in contact information, such as change of address or new telephone number when follow-up may be necessary.

NOTICE OF DEEMED CONSENT FOR HIV, HEPATITIS B OR C TESTING

As a health care provider, we are making available to you the following notice:

1. If one of our health care professionals, workers or employees should be directly exposed to your blood or body fluids in a way that may transmit disease, your blood will be tested for infection with human immunodeficiency virus (the "AIDS" virus), as well as for Hepatitis B and C. A physician or other health care provider will tell you the result of the test. By checking "Yes" below, you are deemed to have consented to the release of the test results to the person exposed.
2. If you should be directly exposed to blood or body fluids of one of our health care professional, workers or employees in a way that may transmit the disease, that person's blood will be tested for infection with human immunodeficiency virus (the "AIDS" virus), as well as for Hepatitis B and C. A physician or other health care provider will tell you and that person the results of the test.

The deemed notice for HIV, Hepatitis B and C exposure has been explained to me and I understand it.

☐ Yes

☐ No

IMPORTANT NOTICE

Life Hope Centers is a 501 (c) 3 organization with no paid volunteers and are NOT part of a government program. Life Hope Centers volunteers may not be able to provide you with all the services you need, but if you would like to consult with our volunteer team and receive the type of treatment being offered today, **PLEASE READ THE PATIENT WAIVER BELOW VERY CAREFULLY.**

PATIENT WAIVER

Dental Patients Note: While the volunteer hygienists, dentists and oral surgeons offer high quality procedures with good equipment, I understand that because of the number of people needing to be seen, I might not receive multiple extractions or multiple fillings. I understand that I might have certain medical conditions which would keep me from having the type of treatment I am requesting. I also understand that the dental care providers are volunteers, some from out-of-town, and are not available for follow-up care in the event of complications. I agree to seek any follow-up care I might need from my local dentist, health department, family physician or a hospital emergency room.

In consideration of the free health care services received on the date below, I, for myself and anyone entitled to claim through me, do hereby waive and release Life Hope Centers, and any persons or organizations acting on their behalf or sponsoring or volunteering at this clinic, from all claims of liability arising out of my acceptance of such free care including, but not limited to medical, surgical, dental and/or other health care or medical advice.

I grant to Life Hope Centers and their agents the right to use my picture, voice and other reproductions of my physical likeness in connection with advertising or publicizing Life Hope Dental and their activities in all form of media in perpetuity.

I the undersigned patient consent to the release of my patient records to other licensed health care professionals as necessary. I have read, or had read to me, and understand and agree to all of the above.

PATIENT SIGNATURE

DATE

(PAR ENT OR GUARDIAN IF PATI ENT IS UNDER 18 YEARS OF AGE)

Life Hope Centers

Solicitud de tratamiento y Consentimiento para recibir cuidado medico

NOMBRE DEL PACIENTE APELLIDO:

PRIMER NOMBRE:

FECHA

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA ATENCION PRIMARIA GENERAL

Por la presente autorizo a los medicos, enfermeras, odontólogos, dentistas y/u otros proveedores de atención medica de Life Hope Centers, para examinar y/o tratarme o mis dependientes nombrados arriba. **Entiendo que es mi responsabilidad notificar a Life Hope Centers (559-284-3050)**

de cualquier cambio en mi informacion de contacto, tal como cambio de direccion o numero de telefono nuevo cuando haya necesidad de seguimiento.

ANUNCIO DE CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS DEL VIH, HEPATITIS B O C

Como proveedores de atención medica, estamos poniendo a su disposición el siguiente aviso:

1. Si uno de nuestros profesionales de la salud, trabajadores o empleados son expuestos directamente a su sangre o fluidos corporales de una manera que pueda transmitir enfermedades, su sangre sera analizada para detectar infeccion por el sindrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), asi como para la hepatitis B y C. Un medico o otro profesional proveedor de atención medica le informara del resultado de la prueba. Al marcar "Si" a continuación, se considera que usted ha consentido a la divulgacion de los resultados de la prueba a la persona expuesta.
2. Si usted resulta expuesto directamente a la sangre o fluidos corporales de uno de nuestros profesionales de la salud, trabajadores o empleados en una forma que pueda transmitir enfermedades, la sangre de esa persona sera analizada para detectar infeccion por el sindrome de inmunodeficiencia adquirida (sida), asi como para la hepatitis B y C. Un medico u otro profesional proveedor de atención medica le informara a usted asi como a esa persona del resultado de la prueba.

Esta notificación requerida acerca de la exposicion al VIH, hepatitis B y C me ha sido explicada y la entiendo ☐ **Si**
☐ **No**

AVISO IMPORTANTE

La organizacion de Life Hope Centers es sin animo de lucro 501(c)3 benéficas sin voluntarios pagados y no son parte de ningun programa gubernamental. Los voluntarios de Life Hope Centers pueden no ser capaces de ofrecerle todos los servicios que necesite, pero si usted desea consultar con nuestro equipo de voluntarios y recibir el tipo de tratamientos que ofrecemos hoy, **POR FAVOR LEA LA EXENCION DEL PACIENTE CUIDADOSAMENTE.**

EXENCION DEL PACIENTE

Darse cuenta pacientes dentales: Aunque los odontólogos, dentistas y cirujanos orales voluntarios ofrecen una alta calidad de procedimientos con un buen equipo, entiendo que, debido al numero de personas que necesitan ser vistas, puede ser que no pueda recibir multiples extracciones o rellenos. Entiendo que yo podria tener ciertas condiciones medicas que me impedir ha tener el tipo de tratamiento que estoy solicitando. Tambien entiendo que los proveedores de cuidado dental son voluntarios, algunos de fuera de la ciudad, y no estan disponibles para la atención de seguimiento en caso de complicaciones. Estoy de acuerdo en buscar cualquier atención de seguimiento que podria necesitar de mi odontologo local, departamento de salud, medico de familia o sala de emergencias de un hospital.

En consideracion a los servicios de salud gratuitos recibidos en la fecha escrita abajo, yo y cualquier persona con derecho a hacer reclamos a través de mi, por la presente renuncio y libero a Life Hope Centers, asi como a cualquier persona o organizacion que actue en su nombre o patrocine o preste servicios voluntarios en esta clinica, de todas las reclamaciones de responsabilidad que surja de mi aceptación de esa atención gratuita, incluyendo, pero no limitada a servicios medicos, quirurgicos, dentales y/o otro tipo de atención de salud o atención medica.

Concedo a Life Hope Centers y sus agentes el derecho a usar mi imagen, voz y otras reproducciones de mi semejanza fisica en relación con la publicidad o la difusion de Life Hope Centers y sus actividades en todo tipo de medio a perpetuidad.

Yo, el paciente que suscribe da su consentimiento a la liberación de mis registros de paciente a otros profesionales de servicios de salud licenciados en lo que sea necesario. He leído o se me ha leído y entiendo y acepto todo lo anterior.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

(PADRE, MADRE O TUTOR SI EL PACIENTE ES MENOR DE 18 AÑOS DE EDAD)

Life Hope Centers

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Revised: October 1, 2018

This notice explains how medical information about you may be used and shared. It also explains how you can get a copy of this information. Please read it carefully.

If you have any questions about this notice, please call Edward Urbina, D.D.S. Director of Life Hope Centers (559) 347-3142.

WHAT WE MUST DO:

By law, we must:

- Make sure that medical information that identifies you is kept private (with certain exceptions);
- Tell you about how we use and share medical information about you; and follow the terms of the notice that is currently in effect.

HOW WE MAY USE AND SHARE MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU:

We use and share medical information for many reasons. Here are some examples:

For Treatment. We may use medical information about you to make sure you get the right medical treatment or services. We may share medical information about you with doctors, nurses, and others, including people outside our clinic, who are taking care of you. But we only share this information with them if they need it to give you medical care.

For Health Care Operations. We may use and share medical information about you for health care operations. This means for running the clinic and making sure that all of our patients get the best care. For example, we may use medical information to look at how our staff is caring for you. We may also share information with other groups that have a relationship with you (for example, your hospital), for their health care operations.

Appointment Reminders, Treatment Choices, and Health-Related Products and Services. We may use and share medical information to remind you of an appointment with us. We may use and share medical information to tell you about treatment choices or health-related products or services that may be of interest to you.

Individuals Helping with Your Care. We may share medical information about you with a friend or family member who is helping with your medical care. We may also share medical information about you in an emergency so that your family can be notified about your condition, status and location.

OTHER WAYS WE MAY USE OR SHARE YOUR MEDICAL INFORMATION:

As Required By Law. We will share medical information about you when we have to under federal, state, or local laws.

When There is a Serious Threat to Health or Safety. We may use and share medical information about you when there is a serious threat to your health and safety or the health and safety of the public or another person. The information would only be shared with someone who can help prevent the threat.

Public Health Risks. We may share medical information about you when there may be a public health risk. This is usually to prevent or control disease, injury or disability. It can also be to report births and deaths; report the abuse or neglect of children, elders and dependent adults; report reactions to medications or problems with products; to notify people of recalls of products they may be using; to notify a person who may have been exposed to a disease or may be at risk for contracting or spreading a disease or condition; and to notify the appropriate government authority if we believe a patient has been the victim of abuse, neglect, or domestic violence. We will only share this information if you agree to it or when we have to share it under the law.

Law Enforcement. We may share medical information if asked to do so by a law enforcement official if the information is: 1) in response to a court order, subpoena, warrant, summons, or similar process; 2) to identify or locate a suspect, fugitive, material witness, or missing person; 3) about the victim of a crime if, under certain limited circumstances, we are unable to obtain the person's agreement; 4) about a death we believe may be the result of criminal conduct; 5) about criminal conduct at the clinic; and 6) in emergency circumstances to report a crime; the location of the crime or victims; or the identity, description or location of the person who committed the crime.

Coroners, Medical Examiners and Funeral Directors. We may share medical information to a coroner or medical examiner. This may be necessary, for example, to identify a deceased person or determine the cause of death. We may also share medical information with funeral directors when needed.

National Security and Intelligence. We may share medical information about you to federal officials for intelligence, counterintelligence, and other national security reasons under the law.

YOUR RIGHTS ABOUT YOUR MEDICAL INFORMATION

When it comes to the health information we have about you, you have these rights:

Right to View and Copy. You have the right to view and copy medical information that may be used to make decisions about your care.

Right to Amend. If you feel that the medical information we have about you is incorrect or incomplete, you may ask us to fix the information. You have the right to ask as long as the information is kept by our clinic. You must write us a letter asking to fix your medical information.

Right to Know Who has Seen Your Information. You have the right to ask for a list of all the people and organizations that have seen or used your medical information. You must write us a letter asking for this list.

Right to Limit Your Information. You have the right to ask us to limit the medical information we use or share about you for treatment, payment or health care operations. You also have the right to limit the medical information about you that we share with someone who is helping with your care or the payment for your care. For example, you could ask that we not share information about a surgery you had. You must write us a letter asking us to limit your medical information. **We may not be able to limit your information** if it is needed for emergency treatment.

Right to Ask for Private Communications. You have the right to ask that we communicate with you about medical matters in a certain way or at a certain location. For example, you can ask that we only contact you at work or by mail. You must write us a letter asking for private communications. You must tell us how or where you wish to be contacted. We will try to honor your wishes.

Right to a Paper Copy of This Notice. You have the right to a paper copy of this notice. You may ask us to give you a copy of this notice at any time. Even if you have agreed to receive this notice electronically, you can still ask for a paper copy of this notice.

CHANGES TO THIS NOTICE:

We can change this notice at any time. Any changes can be about medical information we already have about you as well as any information we receive in the future. We will post a copy of the current notice in our clinic. The notice will have the effective date on the first page.

COMPLAINTS:

If you believe your privacy rights have been violated, you may file a complaint with Life Hope Centers or with the Secretary of the Dept. of Health and Human Services. To file a complaint with our Clinic, contact Edward Urbina, D.D.S. Director of Life Hope Centers, P.O. box 770, Clovis, CA 93613 (559) 347-3142. All complaints must be submitted in writing. **If you file a complaint, we will not treat you any differently.**

Life Hope Centers

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Rev. 30 de Mayo de 2017

Este aviso describe de qué manera se usará y divulgará su información médica protegida y cómo puede tener acceso a esta información. Por favor, léalo con atención.

Comunicarse con Life Hope Centers/Dr. Edward Urbina. Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos de privacidad, puede comunicarse con nosotros a la siguiente dirección o número de teléfono: Life Hope Centers, P.O. Box 770, Clovis, CA 93613. Número de teléfono: (559) 347-3142.

Nuestros usos y divulgaciones:

Tratamiento – Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Dirigir nuestra organización - Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

¿De qué otra manera Podemos utilizar o compartir su información médica? - Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas). Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hippa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad – Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:

- Prevención de enfermedades.
- Ayuda con el retiro de productos del Mercado.
- Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
- Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
- Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad.

Realizar investigaciones médicas – Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

Cumplir con la ley – Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si este quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

Trabajar con un médico forense o director funerario – Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

Responder a demanda y acciones legales – Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

Sus derechos:

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. – Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlos.

Obtener una copia formato electrónico o en papel de su historial medico – Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial medico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo. Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitar que corrijamos su historial medico – Puede solicitar que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo. Podemos decir “no” a su solicitud. Pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales – Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente. Le diremos “sí” a todas las solicitudes razonables.

Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos – Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir “no” si esto afectara su atención.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información – Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué. Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad – Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre – Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica. Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y puede actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

CAMBIOS A LOS TÉRMINOS DE ESTA NOTIFICACIÓN – Podemos modificar los términos de esta notificación, y cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina. La fecha de cambios será notada en la primera página.

PRESENTAR UNA QUEJA SI CONSIDERA QUE SE VIOLARON SUS DERECHOS – Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de Life Hope Centers/Dr. Edward Urbina, P.O. Box 770, Clovis, CA 93613. **No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.**

Life Hope Centers

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Agreement

By signing this form, you agree that you were given a copy of the *Notice of Privacy Practices of Life Hope Centers*. Our *Notice of Privacy Practices* explains how we may use and share your protected health information. Please read it all the way through.

Our *Notice of Privacy Practices* may change. If we make any changes, you can get a copy of the new notice by calling us at (559) 347-3142.

If you have any questions about our *Notice of Privacy Practices*, please call:

Edward Urbina, M.A., D.D.S., (559) 347-3142

I agree that I have been given a copy of the *Notice Life Hope Centers*.

Name: _____
(Last name, First name)

Signature: _____
(patient/ parent/conservator/guardian)

Date: _____

Date of Birth: _____

IF AGREEMENT CANNOT BE SIGNED

Fill this part in only when it is not possible to get an individual to sign this form.

Describe the good faith efforts made to get the individual's agreement, and the reasons why the form was not signed:

Signature of
Provider Representative: _____ Date: _____

Life Hope Centers

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Consentimiento de Recibo

Al firmar este formulario usted confirma haber recibido y comprendido el *Aviso de practicas de privacidad* Life Hope Centers. Nuestro *Aviso de practicas de privacidad* ofrece informacion acerca del modo en que podemos utilizar y revelar informacion medica sobre usted. Le recomendamos que lo lea por completo.

Nuestro *Aviso de practicas de privacidad* esta sujeto a cambios. Si le hacemos cambios a este aviso usted podra obtener copias de la version actualizada si llama al (559) 347-3142.

Si usted tiene alguna pregunta sobre nuestro *Aviso de practicas de privacidad* por favor llame a:
Edward Urbina, M.A., D.D.S., (559) 347-3412.

Yo reconozco que he recibido el *Aviso de practicas de privacidad* Life Hope Centers.

Nombre: _____
(Apellido, Primer Nombre)

Firma: _____
(paciente/ padre/conservador / guardian)

Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____

IMPOSIBILIDAD DE OBTENER CONFIRMACION

Complete solo si no obtiene la firma del paciente.

Describa los intentos de buena fe realizados para obtener el consentimiento del paciente y las razones por la cual esta forma no fue firmada

Firma del
Representante del Proveedor: _____ Fecha: _____

Life Hope Centers

Patient Medical Record

Last Name (<i>¿Apellido?</i>)		First Name (<i>¿Primer Nombre?</i>)		MI	Male / Female <i>Masculino / Femenino</i>	
Address (<i>¿Dirección?</i>)			City (<i>¿Ciudad?</i>)	State (<i>¿Estado?</i>)	Zip	
Email (<i>¿Correo electrónico?</i>)			Phone (teléfono)	DOB (Fecha de Nacimiento)	Age (<i>¿Edad?</i>)	Weight (peso)

MEDICAL HISTORY/HISTORIAL MÉDICO BP (**150/90**): _____ Pulse: _____ Resp.: _____

1. Y N Are you in good general health? (*¿Está en buena salud general?*)
2. Y N Has there been any changes in your health in the past year? (*¿Ha tenido algún cambio en su salud este año pasado?*)
3. Y N Have you been hospitalized or had a serious illness in the last three years? (*¿Ha sido hospitalizado en los últimos tres años?*)
4. Y N Are you being treated by a physician now? For what?
(*¿Está al cuidado de un medico? ¿Porque razón?*) _____
5. Y N What medications are you taking? Have you taken them today? (*¿Que medicamentos estas tomando? Los ha tomado hoy?*) _____

HAVE YOU EXPERIENCED / ¿LE HA DADO LO SIGUIENTE?

- | | |
|--|---|
| 6. Y N Angina - Heart pain? (<i>¿Angina de pecho, dolores de corazón?</i>) | 15. Y N Difficulty swallowing? (<i>¿Problemas al Tragar?</i>) |
| 7. Y N Swollen ankles? (<i>¿Tobillos hinchados?</i>) | 16. Y N Dizziness? (<i>¿Mareos?</i>) |
| 8. Y N Shortness of breath? (<i>¿Tiene dificultad en respirar?</i>) | 17. Y N Headaches? (<i>¿Dolores de cabeza?</i>) |
| 9. Y N Dry mouth? (<i>¿Se le Reseca la Boca?</i>) | 18. Y N Jaundice? (<i>¿Ictericia, Piel Amarillo?</i>) |
| 10. Y N Vomiting, nausea? (<i>¿Vómitos, náuseas?</i>) | 19. Y N Frequent Urination? (<i>¿Orina Muy frecuente?</i>) |
| 11. Y N Diarrhea/Constipation/Bloody? (<i>¿Diarrea/Estreñimiento?</i>) | 20. Y N Fainting spells? (<i>¿Desmayos?</i>) |
| 12. Y N Persistent cough, bloody? (<i>¿Tos persistente, sangrientos?</i>) | 21. Y N Seizures? (<i>¿Convulsiones?</i>) |
| 13. Y N Sinus problems? (<i>¿Sinusales, Problemas Nasales?</i>) | 22. Y N Excessive thirst? (<i>¿Sed excesiva?</i>) |
| 14. Y N Bleeding problems, bruising? (<i>¿Problemas de sangrado, Moretoneo?</i>) | |

DO YOU HAVE OR HAVE YOU HAD? / ¿TIENE O HA TENDO?

- | | |
|--|--|
| 23. Y N Heart disease? (<i>¿Enfermedad del corazón?</i>) | 37. Y N Contact lenes? (<i>¿Lentes de Contacto?</i>) |
| 24. Y N Heart attack or defects? (<i>¿Ataque al corazón o defectos?</i>) | 38. Y N Pacemaker/Defibrillator? (<i>¿Marcapasos/Desfibrilador?</i>) |
| 25. Y N Heart murmurs? (<i>¿Soplos del corazón?</i>) | 39. Y N HIV+ or AIDS? (<i>¿HIV – o Sida?</i>) |
| 26. Y N Rheumatic fever? (<i>¿Soplo de cor Fiebre Reumática?</i>) | 40. Y N Tumors, Cancer? (<i>¿Tumores, Cancer?</i>) |
| 27. Y N Stroke? (<i>¿Embolio?</i>) When? (<i>¿Cuando?</i>) _____ | 41. Y N Arthritis, Rheumatism? (<i>¿Artritis, Reumatismo?</i>) |
| 28. Y N High blood pressure? (<i>¿Alta presión de sangre alta?</i>) | 42. Y N Eye disease? (<i>¿Enfermedad de los ojos?</i>) |
| 29. Y N Tuberculosis, Lung Disease? (<i>¿TB, Enfermedad de los pulmones?</i>) | 43. Y N Radiation treatment? (<i>¿Tratamiento de Radiación?</i>) |
| 30. Y N Hepatitis, Liver disease? (<i>¿Hepatitis, enfermedad del Hígado?</i>) | 44. Y N Anemia? (<i>¿Anemia?</i>) |
| 31. Y N Stomach problems, ulcers? (<i>¿Problemas del estomago, úlceras?</i>) | 45. Y N Venereal Disease? (<i>¿Enfermedades venéreas sexual?</i>) |
| 32. Y N Diabetes, family history? (<i>¿Diabetes o Diabetes en la familiar?</i>) | 46. Y N Herpes? (<i>¿Herpes?</i>) |
| 33. Y N Psychiatric/Mental health care? (<i>¿Problemas mentales?</i>) | 47. Y N Kidney disease? (<i>¿Enfermedad del Riñon?</i>) |
| 34. Y N Blood transfusions? (<i>¿Transfusiones de sangre?</i>) | 48. Y N Surgeries? (<i>¿Cirugías?</i>) |
| 35. Y N Chemotherapy? (<i>¿Quimioterapia?</i>) | 49. Y N Artificial joints? When? (<i>¿Cojunturas artificiales?</i>), (<i>¿Cuando?</i>) |
| 36. Y N Prosthetic heart valve? When? (<i>¿Válvulas artificial del corazón?</i>), (<i>¿Cuando?</i>) | |
| 50. Y N Allergies to food, drugs or medications? (<i>¿Alergias a alimentos, drogas o edicamentos?</i>) _____ | |

HAVE YOU EVER USED? / HA USADO?

- | | |
|--|---|
| 51. Y N Recreational drugs? (<i>¿Drogas recreativas?</i>) | 53. Y N Alcohol? (<i>¿Bebes alcohol?</i>) |
| 52. Y N Tobacco? Any form? (<i>¿Tobacco? De cual quer manera?</i>) | |

WOMEN ONLY / PARA MUJERES

- | | |
|---|--|
| 54. Y N Are you pregnant? (<i>¿Estas embarazada?</i>) | 56. Y N Taking birth control pills? (<i>¿Está tomando contraceptivas?</i>) |
| 55. Y N Are you nursing? (<i>¿Estas dando pecho?</i>) | |

ALL PATIENTS / PARA TODAS

57. Y N Do you have or have you had any other diseases or medical problems **NOT** listed on this form?
(*¿Tiene usted o ha tenido en el pasado alguna otra enfermedad o condición que NO esta en esta forma?*) _____

To the best of my knowledge, I have answered every question completely and accurately. I understand that this information will be used by the medical provider to help him/her determine appropriate and healthful medical treatment.

(*¿Al mejor de mi conocimiento, he contestado a todas las preguntas de forma completa y precisa. Entiendo que esta información será utilizada por el proveedor de atención médica para ayudar a him/her para determinar el tratamiento médico adecuado y saludable?*)

Patient Signature: _____ Date: _____
Firma del paciente: _____ *Fecha:* _____

Parent or Guardian Signature (if patient is under the age of 18) _____ Date: _____
Firma del padre o tutor (si el paciente es menor de 18 años de edad) _____ *Fecha:* _____

Dental Assessment and Treatment (for office use only)

Patient's Last Name

First Name

Middle Initial

DENTAL TRIAGE**Select one service (please circle):**

Peridental

or

Restorative

or

Dental Extractions

S (Subjective – patient's description of condition): _____

O (Objective – Clinical Findings): _____ Oral Cancer Screening: Normal: _____ Abnormal: _____

A (Assessment – Diagnostic Assessment of Dental Condition):**Radiographic Assessment: (PA)**_____ Tooth

P (Plan – Treatment Plan):**HYGIENE**

- ☐ Prophylaxis
- ☐ Scaling
- ☐ Gross Debridement

RESTORATIVE:**Amalgams/Composites**

Tooth # _____

Tooth # _____

Tooth # _____

Tooth # _____

Other: _____

EXTRACTIONS:**Simple/Surgical**

Tooth # _____

Tooth # _____

Tooth # _____

Tooth # _____

Other: _____

TRIAGE DENTIST SIGNATURE**PRINT NAME****DATE****SERVICES RENDERED****TOOTH #****PROGRESS NOTES**

TREATING DENTIST SIGNATURE**PRINT NAME****DATE**