

CINNAMINSON OFFICE
2800 Route 130 N., Suite 108
Cinnaminson, NJ 08077

(P) 856-786-1881
(F) 856-786-5233



VOORHEES OFFICE
526 S. Burnt Mill Road, Suite 100
Voorhees, NJ 08043

Patient Information / Información del paciente

Last Name / Apellido _____
First Name / Nombre _____
Social Security # _____ - _____ - _____
Date of Birth / Fecha de nacimiento _____
Address / Dirección _____
City / Ciudad _____ State / Estado _____
Zip Code / Código Postal _____
Home Phone / Teléfono Particular _____
Cell Phone / Teléfono Celular _____
Email / Correo Electrónico _____

Emergency Contact Name / Nombre del contacto de emergencia _____
Phone Number / Teléfono _____
Pharmacy / Farmacia _____
Phone Number / Teléfono _____
Yes / No - *I would like to receive and confirm appointment reminders by text message. / Quiero recibir y confirmar recordatorios de citas por mensaje de texto*

By providing my email address, I consent to receive emailed appointment reminders and patient communications from Maestro Smiles. / Al proporcionar mi dirección de correo electrónico, tengo el consentimiento para recibir recordatorios de citas por correo electrónico y comunicaciones de los pacientes de Maestro Smiles.

Dental Insurance

Policy Holder / Responsible Party Information / Información del Responsable / Titular de la póliza

Name (If other than patient name) / Nombre (si no es el paciente) _____
Relationship to Patient / Relación al Paciente _____
Policy Holder's Social Security # _____ - _____ - _____
Policy Holder's Date of Birth / Fecha de nacimiento del Titular de la póliza _____
Insurance Company / Empresa de Seguro _____
Member ID # / ID de miembro _____
Employer Name / Nombre de Empleador _____
Union / Local / Sindicato / Local _____ Group / Grupo # _____

An approximated fee is required at the time of service. Verification of insurance benefits is always an estimate and never a guaranteed amount, as dental maximums can be affected daily by multiple providers. As treatment is complete, as a courtesy, we will file your insurance claim for you. If for any reason your insurance does not pay what is expected, you will be financially responsible. / Se requiere una tarifa aproximada en el momento del servicio. La verificación de los beneficios del seguro es siempre una estimación y nunca una cantidad garantizada, ya que los máximos dentales pueden ser afectados diariamente por múltiples proveedores. Después de que el tratamiento esté completo, como cortesía, presentaremos su reclamación de seguro por usted. Si por alguna razón su seguro no paga lo que se espera, usted será económicamente responsable.

Responsible Party (Print Name)
Parte responsable (Nombre de impresión)

Responsible Party Signature
Firma de la parte responsable

Date / Fecha

Dental History / Antecedentes Dentales

Explain the reason for your visit today / Explique el motivo de la visita de hoy

Previous Dentist Name / Nombre de Dentista Anterior _____

Date of last cleaning / Fecha de última limpieza _____

Yes No

- Are you experiencing any discomfort? / ¿Siente alguna molestia?
- Do you snore? / ¿Usted Roncas?
- Do you have bleeding gums? / ¿Le sangran las encías?
- Do you have bad breath? / ¿Tiene mal aliento?
- Do you take a flouride supplement? / ¿Toma suplemento de fluoruro?
- Do you have tobacco (smoke/chew)? / ¿Consume tabaco (fumar / masticar)?
- Do you drink coffee or tea? / ¿Bebe café o te?
- Interested in having whiter / Brighter Teeth? / ¿Interesado en tener dientes más blancos?
- Do you grind your teeth? / ¿Gruñe los dientes?
- Do you play sports? / ¿practica? deportes?
- Are you sensitive to hot, cold or sweets? / ¿Tiene sensibilidad calor, frío o dulces?
- Have you ever received periodontal (gum) therapy? / ¿Ha recibido terapia periodontal (de la encías) alguna vez?
- Do you have difficulty brushing your teeth? / ¿Tiene dificultad para cepillarse los dientes?
- Have you even been in an accident that damaged your teeth? / ¿Alguna vez ha estado en un accidente que dañó sus dientes?
- Does your jaw pop or do you hear clicking when chewing? / ¿Tu mandíbula revienta o oyes chasquidos al masticar?

Medical History / Historia Clínica

Y / N Women: Are you pregnant, trying to get pregnant or nursing?
Mujeres: ¿Está embarazada, tratando de quedar embarazada o amamantando?

Yes No

- AIDS / HIV Positive / SIDA / VIH positivo
- Anemia / Anemia
- Arthritis / Gouth / Artritis / Gota
- Artificial Heart Valve / Válvula cardíaca artificial*
- Artificial Joints / Articulación artificiales*
- Asthma / Asma
- Blood Disease / Enfermedad sanguínea
- Cancer / Cáncer
- Chemotherapy / Quimioterapia
- Congenital Heart Disorder / Trastorno cardíaco congénito
- Cortisone Medicine / Medicación con cortisona
- Frequent Cough / Tos frecuente
- Diabetes / Diabetes
- Emphysema / Enfisema
- Epilepsy or Siezures / Epilepsia o Convulsiones
- Glaucoma / Glaucoma
- Frequent Headaches / Dolores de cabeza frecuentes
- Heart murmur / Soplo cardíaco
- Heart Problems / Disease / Problemo Cardíaco

Yes No

- Hepatitis A/B/C / Hepatitis A/B/C
- High Blood Pressure / Presión arterial elevada
- Pain in Jaw Joints / Dolor en las articulaciones
- Kidney Problems / Problemas renales
- Liver Disease / Enfermedad hepática
- Low Blood Pressure / Presión arterial baja
- Mitral Valve Prolapse / Prolapso de la válvula mitral
- Heart Pacemaker / Marcapasos cardíaco
- Psychiatric Care / Atención psiquiátrica
- Radiation Treatments / Radioterapia
- Rheumatic Fever / Fiebre reumática
- Scarlet Fever / Escarlatina
- Stroke / Accidente cerebrovascular
- Swelling of Limbs / Hinchazón de las extremidades
- Thyroid Disease / Enfermedad de tiroides
- Tuberculosis / Tuberculosis
- Tumors or Growth / Tumores o crecimientos
- Ulcers / Ulceras
- Venereal Disease / Enfermedad venérea
- Yellow Jaundice / Ictericia

Are you allergic or do you react adversely to any of the following? / ¿Es usted alérgico o sufre reacciones adversas a alguno de los siguientes elementos?

Yes No

- Aspirin / Aspirina
- Tetracycline / Tetraciclina
- Latex / Latex
- Sulfa Drugs / Farmacos con sulfa
- Metal / Metal
- Milk Protein / Proteina de la leche

Yes No

- Penicillin or other antibiotics, please specify. / Penicilina u otros antibióticos, por favor especifique
- Barbiturates, Sedatives or Sleeping Pills / Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir
- Local Anesthetics (Novacaine-like medication) / Anestésicos locales (medicamento paracido a la novacaína)
- Acrylic / Acrilico
- Codeine / Codeina
- Other, please specify. / Otros, por favor especifique

Patient Name (Print Name)

Patient Signature

Date