

NEW PATIENT FORM

Basic Information

Name:		Gender:	
Preferred Name:		DOB:	
SSN #:		Marital status:	
Referral source:		Employer:	
Referred by:		Occupation:	

Contact Information

Address Information

Mobile phone:		Street address:	
Home phone:		City:	
Email:		State:	
		ZIP:	

Emergency Contact

Work Information

Full Name:		Street address:	
Phone number:		City:	
Relation:		State:	
		ZIP:	

Patient's signature:

Date:

CONSENTIMIENTO DE PÓLIZA DE PRIVACIDAD PRIVACY POLICY CONSENT

Ley de portabilidad y rendicin de cuentas del seguro mdico (HIPAA)

La Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) es una ley federal que establece normas acerca de quines pueden ver y recibir informacin sobre su salud. Esta ley le da derechos con respecto a la informacin sobre su salud y sobre cundo puede compartirse dicha informacin.

1. Si la informacin contenida en el Aviso no es clara, pdale a su proveedor de atencin mdica o a su plan de salud que se la explique.
2. Tiene el derecho de revocar esta autorizacin en cualquier momento y que tengo el derecho de inspeccionar o copiar la informacin de salud protegida que se divulga como se describe en este documento enviando una notificacin por escrito a (direccin de proveedor.)
3. La ley no exige que usted firme el formulario de acuse de recibo. Si usted decide no firmarlo, su proveedor deber conservar una constancia de que no ha obtenido su firma, pero el proveedor puede optar a negar tratamiento y no tiene que aceptarlo (a) como paciente.
4. Una vez que la informacin sobre usted sale de esta oficina de acuerdo con los trminos de esta autorizacin, esta oficina no tiene ningn control sobre cmo va a ser utilizado por el destinatario. Usted debe ser consciente de que en ese momento su informacin puede dejar de estar protegida por la HIPAA. Si la persona o entidad que recibe esta informacin no es un proveedor de atencin mdica o un plan de salud cubierto por las regulaciones federales de privacidad, la informacin.
5. Usted puede examinar o copiar la informacin dental protegida que se utilizar o divulgar bajo esta autorizacin. Usted no tiene derecho a la siguiente informacin dental protegida: notas de psicoterapia, informacin compilada para procedimientos legales, resultados de laboratorio los cuales estn protegidos por la Ley de Mejora de Laboratorios Clnicos ("CLIA") la cual prohbe el acceso de la informacin con poder de ciertos laboratorios de investigacin. Adems, nuestro proveedor puede negar el acceso si cree razonablemente que el acceso podra causar dao a usted o a otro individuo.
6. Si esta oficina inici esta autorizacin, usted debe recibir una copia de la autorizacin firmada.

7. Instrucciones especiales para completar esta autorizacin para el uso y la divulgacin de las Notas de Psicoterapia. La HIPAA proporciona instrucciones especiales protegiendo a ciertos registros mdicos conocidos como "Notas de Psicoterapia". Todas las Notas de Psicoterapia registradas en cualquier medio por un profesional de la salud (como un psiclogo o psiquiatra) debe ser mantenido por el autor y archivado por separado del resto de los registros mdicos para mantener un nivel de proteccin ms alto. Las "Notas de Psicoterapia" se definen bajo la HIPAA como notas registradas por un proveedor de atencin mdica que es un profesional de la salud mental que documenta o analiza los contenidos de una conversacin durante una sesin de consejera o una sesin de consejera de grupo, conjunta o familiar y que estn separadas del resto de los registros mdicos del individuo. Se excluyen de la definicin de "Notas de Psicoterapia" las siguientes: (a) prescripcin y monitoreo de medicamentos, (b) sesin de consejera tal como horas de inicio y parada, (c) las modalidades y frecuencias de tratamiento proporcionadas, (d) los resultados de las pruebas clnicas, y (e) cualquier resumen de diagnstico, estado funcional, plan de tratamiento, los sntomas, el pronstico y el progreso hasta la fecha. Excepto por las limitadas circunstancias establecidas en la HIPAA, para que un proveedor mdico pueda entregar "Notas de Psicoterapia" a un tercero, el cliente que es el sujeto de las Notas de Psicoterapia deben firmar esta autorizacin para permitir especficamente la publicacin de las Notas de Psicoterapia. Dicha autorizacin debe estar separado de una autorizacin para liberar otros registros dentales.

8. Usted tiene el derecho a una contabilidad de los accesos de su informacin dental protegida por el abastecedor o sus socios de negocio. El periodo contable mximo de divulgacin es de seis aos inmediatamente anteriores a la solicitud de contabilidad. El proveedor no est obligado a proporcionar una contabilidad para las revelaciones: (a) para tratamiento, pago u operaciones de cuidado dental; (b) a usted o a su representante personal; (c) para la notificacin de o a las personas involucradas en el cuidado dental de un individuo o el pago por el cuidado dental, para la ayuda en caso de desastre, o para la instalacin d) de conformidad con una autorizacin; e) de un conjunto limitado de datos; f) con fines de seguridad nacional o de inteligencia; g) para fines correctivos; h) incidente con las instituciones o los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para determinados fines en relacin con reclusos o personas que se encuentran en custodia legal; o usos o divulgaciones de otra manera permitidos o requeridos.

Patient's signature:

Date:

PÓLIZA FINANCIERA FINANCIAL POLICY

Pliza Financiera

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención dental. Estamos comprometidos con el éxito de su tratamiento. Por favor, comprenda que el pago de su factura se considera parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra póliza financiera que requerimos que usted lea y firma antes de cualquier tratamiento. Esperamos que esta póliza facilite la comunicación entre nosotros y ayude a evitar posibles malentendidos, permitiendo siempre tomar las mejores decisiones relacionadas con su cuidado.

SEGURO DENTAL:

Por favor, recuerde que su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte de ese contrato. Como una cortesía para usted, nuestra oficina provee ciertos servicios, incluyendo un estimado de pre-tratamiento que enviamos a la compañía de seguros a su petición. Es físicamente imposible para nosotros tener el conocimiento y seguimiento de cada aspecto de su seguro dental. Depende de usted para contactar su compañía de seguros y preguntar qué beneficios le ha comprado su empleador. Si tiene alguna pregunta en lo que respecta a la estimación de pretratamiento y/o los honorarios por el servicio, es su responsabilidad que estos sean contestados antes del tratamiento lo cual minimiza cualquier confusión con el pago del tratamiento.

Por favor, tenga en cuenta que algunos o quizás todos los servicios brindados pueden o no estar cubiertos por su póliza de seguro dental. Cualquier saldo en su cuenta es su responsabilidad si su compañía de seguros no paga algún tratamiento.

PAGO:

Entienda que independientemente de cualquier estado de seguro, usted es responsable por el saldo adeudado en su cuenta. Usted es responsable de todos y cada uno de los servicios profesionales prestados. Esto incluye pero no se limita a: honorarios dentales, procedimientos quirúrgicos, pruebas, procedimientos de oficina, medicamentos y también cualquier otro servicio no suministrado directamente por el dentista.

EL PAGO COMPLETO se debe realizar en el momento del servicio. Si se aplican los beneficios del seguro, los CO-PAGOS ESTIMADOS PARA EL PACIENTE y DEDUCIBLES se deben pagar en el momento del servicio, a menos que se hagan otros arreglos.

EL SALDO NO PAGADO con más de 90 días de antigüedad está sujeto a un interés mensual del 1.0% (APR 12%). Si el pago está atrasado, el paciente es responsable del pago de la colección, los honorarios del abogado y los costos de la corte asociados con la recuperación del dinero que se debe en la cuenta.

FALTAR A LAS CITAS:

A menos que recibamos un aviso de cancelación con 48 horas de anticipación, se le cobrará \$50. Por favor ayúdenos a mantener la más alta calidad de cuidado al mantener las citas programadas.

Patient's signature:

Date:

CONSENTIMIENTO DE COMUNICACIÓN COMMUNICATION CONSENTS

FORMA DE CONSENTIMIENTO DE CORREO ELECTRÓNICO EMAIL CONSENT FORM

PROPOSITO: Este formulario se utiliza para obtener su consentimiento para comunicarse con usted por correo electrónico en relación con su Información de Salud Protegida. Gennatos Family Dentistry ofrece a los pacientes la oportunidad de comunicarse por correo electrónico. La transmisión de la información de los pacientes por correo electrónico tiene una serie de riesgos que los pacientes deben considerar antes de dar su consentimiento para usar el correo electrónico para estos propósitos. Gennatos Family Dentistry utilizará medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de la información de correo electrónico enviada y recibida. Sin embargo, Gennatos Family Dentistry no puede garantizar la seguridad y la confidencialidad de la comunicación por correo electrónico y no será responsable de la divulgación involuntaria de información confidencial.

Reconozco que he leído y entendido completamente este formulario de consentimiento.

Entiendo los riesgos asociados con la comunicación del correo electrónico entre Gennatos Family Dentistry y yo, y consiento a las condiciones aquí descritas. Cualquier pregunta que pueda tener, ha sido contestada por Gennatos Family Dentistry.

Patient's signature:

Date:

**FORMA DE CONSENTIMIENTO DE TEXTO A MOBIL
TEXT MESSAGE TO MOBILE CONSENT FORM**

PROPSITO: Este formulario se utiliza para obtener su consentimiento para comunicarse con usted por medio de mensajes de texto mviles con respecto a su informacin de salud dental. Gennatos Family Dentistry ofrece a los pacientes la oportunidad de comunicarse por medio de mensajes de texto mviles. Transmitiendo al paciente informacin por medio de mensajes de texto mviles tiene una serie de riesgos que los pacientes deben considerar antes de otorgar el consentimiento para usar el texto mvil. Gennatos Family Dentistry utilizar medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de la informacin de mensajera enviada y recibida. Sin embargo, Gennatos Family Dentistry no puede garantizar la seguridad y la confidencialidad de los textos mviles y no ser responsable de la divulgacin involuntaria de informacin confidencial.

Reconozco que he ledo y entendido completamente este formulario de consentimiento. Entiendo los riesgos asociados con la comunicacin de mensaje de texto mvil entre Gennatos Family Dentistry y yo, y consiento a las condiciones aqu descritas. Cualquier pregunta que pueda tener ha sido contestada por Gennatos Family Dentistry.

Patient's signature:

Date:

HIPAA - RELEASE OF INFORMATION AUTHORIZATION FORM | DOB:

HIPAA – FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

De conformidad con las leyes federales y estatales, la divulgación de información para cualquier persona mayor de 18 años (incluida la información sobre cónyuge o hijo adulto), primero debe ser autorizado. La autorización incluye la firma de la persona que autoriza la liberación de su información. La información no está disponible para nadie más que el paciente cubierto (es decir, un miembro, un cónyuge o cualquier dependiente de edad). 18 años o más) sin tener primero esta Autorización de Divulgación de Información archivada. Por ejemplo, si un suscriptor llama sobre el estado de un reclamo sobre un dependiente de 19 años, esa información no se proporciona al suscriptor sin el consentimiento por escrito del dependiente. El La misma situación se aplica a la información entre cónyuges. Sin embargo, los padres tienen derecho a recibir información sobre los niños menores de 18 sin el consentimiento del niño.

quiero dar la autorización <i>I want to provide the authorization</i>	
--	--

Information Regarding Person Authorizing Releasing His/Her Information

Nombre de la persona que autoriza la liberación <i>Name of person authorizing release</i>	
Fecha de nacimiento persona que autoriza la liberación <i>Date of Birth person authorizing release</i>	
Información personal que se divulgará <i>Personal Information to be released</i>	
La información anterior puede ser divulgada y/o recibida por <i>The above information may be released and/or received by</i>	

La siguiente es una autorización que permite a Gennatos Family Dentistry divulgar información a quien usted designe. gennatos Family Dentistry está autorizado a divulgar mi información de beneficios, estado de reclamo(s), historial de reclamo(s), reclamo general información, información del dentista, casos de laboratorio e información de inscripción, a menos que se especifique lo contrario para las siguientes personas o organización(es):

Nombre de la persona/organización a la que la oficina puede divulgar mi información <i>Name of person/organization that the office may release my information to</i>	
Relación de la persona/organización a la que la oficina puede divulgar información <i>Relation of person/organization that the office may release information to</i>	
Número de teléfono de la persona/organización a la que la oficina puede divulgar información <i>Phone number of person/organization that the office may release information to</i>	

MEDICAL INFORMATION RELEASE FORM

| DOB:

Medical Information Release Form (HIPAA Release Form)

Medical Information Release Form (HIPAA Release Form)

Nombre del paciente: <i>Patient Name:</i>	
Fecha de nacimiento: <i>DOB:</i>	
Autorizo ??la divulgación de información, incluidos el diagnóstico, los registros, el examen que me hayan realizado y la información sobre las reclamaciones. Esta información puede divulgarse a: <i>I authorize the release of information including the diagnosis, records; examination rendered to me and claims information. This information may be released to:</i>	

Formulario de divulgación de información médica (Formulario de divulgación HIPAA)

Mensajes: Por favor llame <i>Messages: Please call</i>	
Si no puede comunicarse conmigo: <i>If unable to reach me:</i>	

Patient's signature:

Date:

HEALTH HISTORY

| DOB:

Summary

Medical Conditions	none listed
Allergies	none listed
Medications	none listed

Información de Salud General

General Health Information

¿Está usted actualmente bajo el cuidado de algun medico? <i>Are you currently under the care of a physician?</i>	
Número de teléfono de médico <i>Physician phone number</i>	
Fecha de su mas reciente examen físico <i>Date of last physical exam</i>	
¿Es usted actualmente atendido(a) para alguna lesión o enfermedad? <i>Are you presently being treated for any injury or illness?</i>	
¿Ah sido usted hospitalizado(a) por alguna lesión o enfermedad? <i>Have you ever been hospitalized for an injury or illness?</i>	
¿Está embarazada o planeas en quedar embarazada? <i>Are you pregnant or planning to become pregnant?</i>	
¿Está amamantando? <i>Are you currently breastfeeding?</i>	
¿Está obligado a tomar medicamentos con antibióticos antes del tratamiento dental? <i>Are you required to pre-med with antibiotics before dental treatment?</i>	
¿Consume usted alcohol? <i>Do you use alcohol?</i>	
¿Usted usa o usado el tabaco? <i>Do you use or have you ever used tobacco?</i>	
¿Alguna vez ha tenido una accion alérgica? <i>Have you ever had an allergic reaction?</i>	

Condiciones Médicas

Medical Conditions

Favor de indicar todas las condiciones que actualmente se atiende o tiene usted en su historial médico <i>Please check all conditions that you have history of or are currently being treated for</i>	
¿Tiene antecedentes o esta actualmente recibiendo tratamiento para alguna afeccion digestiva? <i>Do you have a history or are currently being treated for any Digestive conditions?</i>	
Tiene antecedentes o esta actualmente recibiendo tratamiento pare afecciones cardiacas o circulatorias <i>Do you have a history or are currently being treated for any Heart or Circulatory conditions?</i>	

¿Tiene antecedentes o está usted actualmente recibiendo tratamiento de condiciones neurológicas? <i>Do you have a history or are currently being treated for any Neurological conditions?</i>	
¿Tiene antecedentes o está usted actualmente recibiendo tratamiento de condiciones respiratorias o de pulmón? <i>Do you have a history or are currently being treated for any Lung or Breathing conditions?</i>	
¿Tiene antecedentes o está usted actualmente recibiendo tratamiento de condiciones autoinmune? <i>Do you have a history or are currently being treated for any Autoimmune conditions?</i>	
Lesiones de cuello o cabeza <i>Head or neck injuries?</i>	
Articulación Artificial? <i>Artificial Joint?</i>	
Colesterol alto <i>High cholesterol?</i>	
Historial de cancer <i>History of cancer?</i>	
Tumor o crecimiento anormal <i>Tumor or abnormal growth?</i>	
Therapia de radiacion <i>Radiation therapy?</i>	
Quimioterapia <i>Chemotherapy?</i>	
VIH / SIDA <i>HIV / AIDS?</i>	
Osteoporosis / osteopenia <i>Osteoporosis / osteopenia?</i>	
Diabetes Tipo I o Tipo II <i>Type I or Type II diabetes?</i>	
Anemia <i>Anemia?</i>	
Enfermedad de riñon <i>Kidney disease?</i>	
Enfermedad del higado <i>Liver disease?</i>	
Enfermedad de tiroides <i>Thyroid disease?</i>	
Tuberculosis / Sarampion / Varicela <i>Tuberculosis / measles / chicken pox?</i>	
¿Alguna otra condicion medica que debemos saber? <i>Any other medical condition we should know of?</i>	

Medicamentos

Medications

Favor de indicar todos los medicamentos que usted actualmente toma

Please check all medications you are currently taking

¿Está tomando medicamentos para el dolor?

Are you taking any pain medications?

¿Está tomando medicamentos para la ansiedad o antidepresivos?

Are you taking any Antidepressants or Anxiety medications?

DENTAL INSURANCE INFORMATION

| DOB:

Información del seguro principal

Created at: **07/31/2024 11:05:33 AM**

Primary Insurance Information

¿Tiene usted seguro dental? <i>Do you have a dental insurance?</i>	
¿Gustaría cargar fotos de su tarjeta de seguro? <i>Do you have your dental insurance card?</i>	
Relación del paciente a el suscriptor del seguro <i>Patient's relationship to the Insurance Holder</i>	
Nombre del titular del seguro <i>Policy Holder's Name</i>	
Fecha de nacimiento del asegurado <i>Policy Holder's Date of Birth</i>	
SSN del titular de la póliza <i>Policy Holder's SSN</i>	
Domicilio del Asegurado <i>Policy Holder's Address</i>	
Ciudad del Asegurado <i>Policy Holder's City</i>	
Estado del asegurado <i>Policy Holder's State</i>	
Código postal del asegurado <i>Policy Holder's ZIP</i>	
Número de teléfono del titular de la póliza <i>Policy Holder's Phone Number</i>	
Empleador del asegurado <i>Policy Holder's Employer</i>	
Compañía de seguro dental <i>Dental Insurance Company</i>	
Número de identificación <i>ID Number</i>	
Número del grupo <i>Group Number</i>	
Número de teléfono al dorso de su tarjeta de seguro <i>Phone number on the back of your insurance card</i>	
Dirección en el reverso de su tarjeta de seguro <i>Address on the back of your insurance card</i>	

Información de seguro secundario

Secondary Insurance Information

¿Tiene usted seguro dental secundario? <i>Do you have a secondary dental insurance?</i>	
--	--

¡Eso es todo! Si desea agregar un seguro secundario, primero debe proporcionar un seguro primario.
That's all! If you would like to add secondary insurance, you need to provide primary insurance first.

¿Gustaría cargar fotos de su tarjeta de seguro? <i>Would you like to upload insurance card photo?</i>	
Relación del paciente a el suscriptor del seguro <i>Patient's relationship to the Insurance Holder</i>	
Nombre del titular del seguro <i>Policy Holder's Name</i>	
Fecha de nacimiento del asegurado <i>Policy Holder's Date of Birth</i>	
SSN del titular de la póliza <i>Policy Holder's SSN</i>	
Domicilio del Asegurado <i>Policy Holder's Address</i>	
Ciudad del asegurado <i>Policy Holder's City</i>	
Estado del asegurado <i>Policy Holder's State</i>	
Código postal del asegurado <i>Policy Holder's ZIP</i>	
Número de teléfono del titular de la póliza <i>Policy Holder's Phone Number</i>	
Empleador del asegurado <i>Policy Holder's Employer</i>	
Compañía de seguro dental <i>Dental Insurance Company</i>	
Número de identificación <i>ID Number</i>	
Número del grupo <i>Group Number</i>	
Número de teléfono al dorso de su tarjeta de seguro <i>Phone number on the back of your insurance card</i>	
Dirección en el reverso de su tarjeta de seguro <i>Address on the back of your insurance card</i>	

¿Está tomando medicamentos para el Diabetes, Colesterol o Presión Arterial?

Are you taking any Diabetes, Cholesterol, or Blood Pressure medications?

¿Está tomando medicamentos para el Asma o Alergia?

Are you taking any Allergy or Asthma medications?

¿Está tomando antibióticos?

Are you taking any Antibiotics?

¿Está actualmente tomando algún otro medicamento o suplementos dietéticos?

Are you currently taking any other medications or dietary supplements?

Patient's signature:

Date:

Doctor's signature:

Date:

DENTAL HISTORY

| DOB:

Información General

General Information

¿Nombre su dentista previo y por cuánto tiempo fue paciente? <i>Who was your previous Dentist and how long were you a patient there?</i>	
Fecha de su último examen dental <i>Date of your last dental exam</i>	
Fecha de su última limpieza dental <i>Date of your last cleaning</i>	
¿Tiene alguna preocupación inmediata que le podamos consultar? <i>Do you have any immediate concerns you'd like us to address?</i>	

Relación del Consultorio

Office Relationship

¿Qué valora usted más en sus citas dental? <i>What do you value most in your dental visits?</i>	
¿Hay alguna preferencia durante sus citas que le ayude a sentirse más cómodo? <i>Is there anything you prefer during your visits to make you more comfortable during your time with us?</i>	
¿En una escala del 1 al 5, 5 indicando lo más temeroso, que tan temeroso considera el tratamiento dental? <i>On a scale from 1-5, 5 being most terrified, are you fearful of dental treatment?</i>	

Historial personal

Personal History

Favor de contestar las preguntas siguientes <i>Please answer the following questions</i>	
¿Le preocupa la apariencia de sus dientes? <i>Are you concerned about the appearance of your teeth?</i>	
¿Está usted interesado(a) en mejorar su sonrisa? <i>Are you interested in improving your smile?</i>	
¿Ah tenido caries en los últimos 2 años? <i>Have you had any cavities within the past 2 years?</i>	
¿Actualmente hay algún diente que sea sensible al morder, lo dulce, lo caliente o helado? <i>Are any teeth currently sensitive to biting, sweets, hot, or cold?</i>	
¿Evita usted comer o tiene dificultades mordiendo o masticando comidas duras? <i>Do you avoid or have difficulty chewing or biting heavily any hard foods?</i>	
¿Tiene problemas para dormir, se despierta con jaqueca o dientes sensibles? <i>Do you have any problems sleeping, wake up with a headache or with sore or sensitive teeth?</i>	
¿Aprieta usted sus dientes durante el día? <i>Do you clench your teeth in the daytime?</i>	

<p>¿Actualmente usa o ha usado un despositivo de dientes? Ya sea para prevenir apretar los dientes o para el apnea del sueño <i>Do you wear, or have you ever worn a bite appliance? Either for clenching at night (a night guard) or for sleep apnea?</i></p>	
<p>¿Se muerde las uñas, mastica goma o lapicero o alguna otra costumbre? <i>Do you bite your nails, chew gum or on pens, hold nails with your teeth, or any other oral habits?</i></p>	
<p>¿Parece la cantidad de saliva producida ser muy poca o se encuentra usted con boca seca a menudo? <i>Does the amount of saliva in your mouth seem too little or do you find yourself with a dry mouth often?</i></p>	
<p>¿Ha notado algún holor bucal o sabor desagradable consecuentemente? <i>Have you ever noticed a consistently unpleasant taste or odor in your mouth?</i></p>	

Historial Estructural Dental

Dental Structural History

Favor de contestar las preguntas siguientes <i>Please answer the following questions</i>	
<p>¿Le sangran las encías al cepillar los dientes o usar hilo dental? <i>Do your gums bleed when brushing or flossing?</i></p>	
<p>¿Es el cepillado o el uso de hilo dental típicamente doloroso? <i>Is brushing or flossing typically painful?</i></p>	
<p>¿Alguna vez le han notificado que tiene recesion de encías? <i>Have you ever experienced or been told you have gum recession?</i></p>	
<p>¿Le han atendido o notificado que tiene infección en las encías? <i>Have you ever been treated for or been told you have gum disease?</i></p>	
<p>¿Le han extraído dientes para tratamiento de frenos o alinacion? <i>Have you had any teeth removed for braces or otherwise?</i></p>	
<p>¿Le falta algun diente extraído o nunca desarrollado? <i>Do you know of any missing teeth or teeth that have never developed?</i></p>	
<p>¿Ah tenido tratamiento de ortodoncia, frenos o ajuste de mordida? <i>Have you ever had braces, orthodontic treatment or spacers, or had a "bite adjustment?"</i></p>	
<p>¿Estan sus dientes superpuestos o torcidos? <i>Are your teeth becoming more crowded, overlapped, or "crooked?"</i></p>	
<p>¿Están sus dientes desarrollando espacio entremedio? <i>Are your teeth developing spaces?</i></p>	
<p>¿Encuentra usted comida atrapada entre los dientes? <i>Do you frequently get food caught between any teeth?</i></p>	
<p>¿Sobre los año ah notado sus dientes más acabados o lisos? <i>Have you noticed your teeth becoming shorter, thinner, or flatter over the years?</i></p>	
<p>¿Sufre usted de problemas con la quijada/mandíbula? <i>Do you have problems with your jaw joint? (TMD, popping, clicking, deviating from side to side when opening or closing?)</i></p>	
<p>¿Es difícil abrir de par en par? <i>Is it often difficult to open wide?</i></p>	
<p>¿Considera tener más de un tipo de mordida? ¿Ah notado sus dientes rechinar hasta el encontrar alinacion mandibular? <i>Do you have more than one bite? Or do you notice shifting your jaw around to make your teeth fit together?</i></p>	

Patient's signature:

Date:

Doctor's signature:

Date: