

PATIENT NAME _____	TODAY'S DATE _____
HOME ADDRESS _____	DATE OF BIRTH _____
CITY _____	INSURANCE PLAN _____
STATE _____ ZIP _____	CELL PHONE _____
EMAIL _____	SOC. SEC. NO. _____

PATIENT MEDICAL HISTORY

PHYSICIAN _____ OFFICE PHONE _____ DATE OF LAST EXAM _____

- | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|--|--|---|---|---|---|--|-------|
| <p>YES NO</p> <p>1. Are you under medical treatment now? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2. Have you ever been hospitalized for any surgical operation or serious illness? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3. Are you taking any medication(s) including non-prescription medicine? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">If yes, what medication(s) are you taking? _____</p> <p>4. Do you use tobacco? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5. Do you use alcohol, cocaine or other drugs? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>6. Are you wearing contact lenses? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | <p>7. Are you allergic to or have you had any reactions to the following?</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Local anesthetics (eg. novocaine) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">Barbiturates <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">Asprin <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Penicillin or other antibiotics <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Sedatives <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Other <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sulfa Drugs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>Iodine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>8. WOMEN ONLY: YES NO</p> <p>a) Are you pregnant or think you may be pregnant? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>b) Are you nursing? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>c) Are you taking birth control pills? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | Local anesthetics (eg. novocaine) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Barbiturates <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Asprin <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Penicillin or other antibiotics <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Sedatives <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Other <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Sulfa Drugs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Iodine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ |
| Local anesthetics (eg. novocaine) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Barbiturates <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Asprin <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| Penicillin or other antibiotics <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Sedatives <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Other <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| Sulfa Drugs <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Iodine <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | _____ | | | | | | | | |

9. Do you have or have you had any of the following?
- | | | |
|--|--|---|
| YES NO | YES NO | YES NO |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> High Blood Pressure | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Heart Disease | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chest Pains |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Heart Attack | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cardiac Pacemaker | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Easily Winded |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Heart Murmur | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stroke |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Swollen Ankles | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hay Fever / Allergies |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fainting / Seizures | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Frequently Tired | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Radiation Therapy |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Low Blood Pressure | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Emphysema | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsy / Convulsions | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Recent Weight Loss |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Leukemia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Liver Disease |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Joint Replacement or Implant | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Heart Trouble |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kidney Diseases | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis / Jaundice | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Respiratory Problems |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AIDS or HIV Infection | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sexually Transmitted Disease | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thyroid Problem | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stomach Troubles / Ulcers | |

Who may we thank for referring you?

Signature of Dentist _____ Date _____

PATIENT DENTAL HISTORY

- | | |
|---|---|
| <p>YES NO</p> <p>1. Do your gums bleed while brushing or flossing? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>2. Are your teeth sensitive to hot or cold liquids/foods? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3. Are your teeth sensitive to sweet or sour liquids/foods? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>4. Do you feel pain in any of your teeth? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5. Do you clench or grind your teeth? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>6. Have you ever had prolonged bleeding following extractions? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>7. Do you feel your breath smells bad at times? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>8. Are you happy with the appearance shape of your teeth and smile? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>9. Do you have any discolored teeth /Black fillings? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | <p>YES NO</p> <p>10. <u>Would you like your teeth to be whiter?</u> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>11. <u>Would you like your smile to look better?</u> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">If yes, What would you change? _____</p> <p>12. Do you have any missing teeth? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;">If yes have they been replaced? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>13. What was the date of your last dental visit? _____</p> <p>14. On a Scale from 1 to 10 what would you rate your teeth? _____</p> <p>15. What can we do to make it a 10? _____</p> |
|---|---|

I certify that I have read and understand the above information. To the best of my knowledge, the above questions have been accurately answered. I consent to have my photos, videos & testimonials used for marketing.

SIGNATURE _____ **DATE** _____

PATIENT, PARENT OR GUARDIAN

The Gentle Dentist of Garden City
327 Nassau Blvd
Garden City S. NY 11530 (516) 489-6664

COVID-19 Patient Screening Form

Patient Name	
Are you over 60 years of age?	YES/NO
Do you have a preexisting condition such as lung disease, heart disease, diabetes, kidney disease or an autoimmune disorder?	YES/NO
Are you experiencing shortness of breath or trouble breathing?	YES/NO
Do you have a temperature of 100.4° F or higher?	YES/NO
Are you experiencing a sore throat?	YES/NO
Are you coughing?	YES/NO
Are you experiencing repeated shaking with chills?	YES/NO
Do you have muscle aches?	YES/NO
Are you experiencing gastrointestinal changes?	YES/NO
Have you noticed a loss of smell or taste?	YES/NO
Have you had contact with a known or suspected COVID-19-positive person?	YES/NO
In the last 14 days, have you traveled to an area that has a high incidence of COVID-19?	YES/NO
<i>If yes to the question above, please specify:</i>	

Patient Consent

Supplemental Informed Consent:

Dental Treatment in the Era of COVID-19

Thank you for your continued trust in our practice. As with the transmission of any communicable disease like a cold or the flu, you may be exposed to COVID-19, also known as "coronavirus," at any time or in any place. Be assured that we continue to follow state and federal regulations as well as recommended universal personal protective equipment (PPE) and disinfection protocols to limit transmission of all diseases in our office.

Despite our careful attention to sterilization, disinfection and the use of personal barriers, there is still a chance that you could be exposed to an illness in our office, just as you might be exposed at your gym, grocery store or favorite restaurant. Nationwide social distancing has reduced the transmission of the coronavirus. Although we have taken measures to enable social distancing in our practice, due to the nature of the procedures we provide, it is not possible to maintain social distancing between the patient, dental healthcare team members and sometimes other patients at all times.

Although exposure is unlikely, do you accept the risk and consent to treatment?

Yes _____ No _____

Patient/Parent's Signature X _____

Date _____

Nombre del Paciente _____ Fecha de Hoy _____
 Dirección Residencial _____ Fecha de Nacimiento _____
 Ciudad _____ Plan de Seguro _____
 Estado _____ Código Postal _____ Teléfono del Celular _____
 Correo Electrónico _____ Número de Seguro Social _____

Nombre Del Paciente

HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Médico _____ Teléfono de la Oficina _____ Fecha del Último Examen _____

- | | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|
| 1. ¿Está actualmente bajo tratamiento médico? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 7. ¿Es usted alérgico o ha tenido alguna reacción a alguno de los siguientes medicamentos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2. ¿Ha sido hospitalizado alguna vez debido a un procedimiento quirúrgico o una enfermedad grave? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Anestésicos locales (por ejemplo, novocaina) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Barbitúricos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 3. ¿Está tomando algún medicamento, incluyendo medicinas sin receta? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Penicilina u otros Antibióticos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sedantes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Si afirmativo, ¿cuáles son? _____ | | Medicamentos a base de sulfa | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Yodo | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4. ¿Usted fuma? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 8. Si Es Mujer: | | a) ¿Está usted o cree que podría estar en estado de embarazo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 5. ¿Ingiere bebidas alcohólicas, cocaína u otras drogas? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | b) ¿Está dando el pecho a su bebé? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 6. ¿Usa usted lentes de contacto? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | c) ¿Está tomando píldoras anticoncepcionales? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

9. ¿Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades o dolencias?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Corazón | <input type="checkbox"/> Dolor en el Pecho |
| <input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco | <input type="checkbox"/> Marcapaso Cardíaco | <input type="checkbox"/> Ataques de Falta de Aire |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco | <input type="checkbox"/> Apoplejía |
| <input type="checkbox"/> Tobillos Hinchados | <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Fiebre de Heno/Alergias |
| <input type="checkbox"/> Mareos/Ataques Repentinos | <input type="checkbox"/> Consoncio Frecuente | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Terapia de Radiación |
| <input type="checkbox"/> Hipotensión | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Pérdida de Peso Reciente |
| <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulación o Implante | <input type="checkbox"/> Problema del Corazón |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones | <input type="checkbox"/> Hepatitis/Ictericia | <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios |
| <input type="checkbox"/> Infección de SIDA o | <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Problema de Tiroides | <input type="checkbox"/> Problemas Estomacales/Ulceras | <input type="checkbox"/> _____ |

A quién le agradecemos por referirlo?

Firma del Dentista _____

Fecha _____

HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE

- | | | | |
|---|---|--|---|
| 1. ¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes o hilo dental? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 11. ¿Le gustaría que sus sonrisa luzca mejor Si su respuesta es sí, Que le gustaría cambiar? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 2. ¿Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos fríos o calientes? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 12. ¿Ha perdido algún diente? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 3. ¿Son sus dientes sensibles a líquidos o alimentos dulces o ácidos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 13. ¿Si su respuesta es si. Los ha reemplazado? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4. ¿Tiene usted dolor en alguno de sus dientes? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 14. ¿En la Escala del 1 al 10, que numero le da a sus Dientes? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 5. ¿Aprieta o cruje usted los dientes? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Que podemos hacer para hacerlo un 10? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 6. ¿Ha sangrado prolongadamente despues de una extracción? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| 7. ¿Siente usted que algunas veces tiene mal aliento? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | 15. Cuando fue ultima visita al dentista? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 8. ¿Se siente bien como luce su sonrisa ahora? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| 9. ¿Tiene usted algunos dientes descoloridos o con calzas de platino? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |
| 10. ¿Le gustaría que todos sus dientes luzcan blancos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |

Certifico que he leído y entendido la información anterior. Las preguntas anteriores han sido contestadas con exactitud, a mi mejor saber y entender. Entiendo Consiento que mis fotos, videos y testimonios se utilicen para la comercialización.

FIRMA _____

X

Paciente, Madre/Padre, o Responsable

Fecha _____

The Gentle Dentist of Garden City
327 Nassau Blvd
Garden City S. NY 11530 (516) 489-6664

Formulario de evaluación del paciente COVID-19

Nombre del paciente _____

Tienes más de 60 años? **SI / NO**

Tiene una condición preexistente como enfermedad pulmonar, enfermedad cardíaca, diabetes, enfermedad renal o un trastorno autoinmune? **SI / NO**

Experimenta dificultad para respirar o problemas para respirar? **SI / NO**

Tiene una temperatura de 100.4 ° F o más? **SI / NO**

Tienes dolor de garganta? **SI / NO**

Estás tosiendo? **SI / NO**

Estás experimentando temblores repetidos con escalofríos? **SI / NO**

Tienes dolores musculares? **SI / NO**

Estás experimentando cambios gastrointestinales? **SI / NO**

Has notado una pérdida de olfato o sabor? **SI / NO**

Ha tenido contacto con una persona con o sin sospecha de COVID-19? **SI / NO**

En los últimos 14 días, ¿ha viajado a un área que tiene una alta incidencia de COVID-19? **SI / NO**

En caso afirmativo a la pregunta anterior, especifique: _____

Consentimiento del paciente

Consentimiento Informado Suplementario:

Tratamiento dental en la era de COVID-19

Gracias por su continua confianza en nuestra práctica. Al igual que con la transmisión de cualquier enfermedad contagiosa como un resfriado o gripe, puede estar expuesto al COVID-19, también conocido como "coronavirus", en cualquier momento o en cualquier lugar. Tenga la seguridad de que seguimos las reglamentaciones estatales y federales, así como los equipos de protección personal (EPP) universales recomendados y los protocolos de desinfección para limitar la transmisión de todas las enfermedades en nuestra oficina.

A pesar de nuestra cuidadosa atención a la esterilización, la desinfección y el uso de barreras personales, aún existe la posibilidad de que pueda estar expuesto a una enfermedad en nuestra oficina, tal como podría estar expuesto en su gimnasio, supermercado o restaurante favorito. El distanciamiento social a nivel nacional ha reducido la transmisión del coronavirus. Aunque hemos tomado medidas para permitir el distanciamiento social en nuestra práctica, debido a la naturaleza de los procedimientos que brindamos, no es posible mantener el distanciamiento social entre el paciente, los miembros del equipo de atención dental y, a veces, otros pacientes en todo momento.

Aunque la exposición es poco probable, ¿acepta el riesgo y acepta el tratamiento?

Sí _____ No _____

Firma del paciente X _____

Fecha _____