

COOKE ORTHODONTICS Medical + Dental History Form (HIPAA COMPLIANT)

Patient Information -- Informacion de el Paciente

PATIENT - First Name (LEGAL) *

Nombre (LEGAL)

PATIENT - Middle Name (LEGAL)

Segundo nombre (LEGAL)

PATIENT - Last Name (LEGAL) *

Apellido (LEGAL)

PATIENT - Nick Name (Optional - if applicable)

Prefero ser llamado

PATIENT - Date of Birth *

Fecha de nacimiento

PATIENT - Gender *

Género

Do you have preferred pronouns?

¿Tienes pronombres preferidos?

PATIENT - Street Address *

Direccion

PATIENT - City *

Ciudad

PATIENT - State *

Estado

PATIENT - Zip Code *

Código postal

PATIENT - School

Escuela

Medical History -- Historial Médico

Dentist's Name: *

Nombre de su Dentista

Enter your answer

Approximately when was your last cleaning: *

Enter your answer

Any pending dental treatment? (Yes, No, Unknown) *

¿Tratamiento dental pendiente?

Enter your answer

What is your primary concern about your teeth? *

¿Describe la preocupación que tiene de sus dientes?

Enter your answer

What treatment are you interested in? (Check all that apply) *

¿Qué tratamiento le interesa? (Marque todo lo que corresponda)

- Braces / Frenos
- Invisalign / Aliniadores invisibles
- Jaw Surgery / Cirugía de la mandíbula
- Retainers / Retenedores
- Second Opinion / Segunda opinión
- Baseline Exam / Examen de base
- I want to hear what Dr. Cooke recommends / Quiero escuchar lo que la Doctora Cooke recomienda
- Other / Otro

How did you hear about our office? (PLEASE SELECT ALL THAT APPLY) *

¿Cómo se enteró de nuestra oficina?

- Dentist / Dentista
- Friend / Amigo(a)
- Google
- Sports sponsorship / Patrocinio deportivo
- School sponsorship / Patrocinio escolar
- Invisalign website
- Marketplace Magazine
- Napa Valley Life Magazine
- Other / Otro

Has any other family members been treated in our office? *

¿Alguien más en su familia que ahiga sido tratado en nuestra oficina?

Choose one... ▾

Check the conditions that apply to you: *

Consulta las condiciones que le corresponden:

- Asthma / Asma
- Cardiac Disease / Enfermedad Cardíaca
- Hypertension / Hipertensión
- Epilepsy / Epilepsia
- Cancer / Cáncer
- Diabetes / Diabetes
- Psychiatric Disorder / Desorden psiquiátrico
- Osteoporosis
- Other / Otro

NONE / NINGUNO

Any sensory issues? *

¿Algún problema sensorial?

Choose one... ▾

Please list any medications you are taking and why (write NONE if no medications): *

Por favor de lista de todos los medicamentos que este tomando actualmente (escriba NINGUNO si no esta tomando medicamentos):

Enter your answer

Are you allergic to any of the following? *

¿Es alérgico a alguno de los siguientes?

- Acrylics / Acrílicos
- Antibiotics / Antibióticos
- Aspirin / Aspirina
- Codeine / Codeína
- Iodine / Yodo
- Latex / Látex
- Local Anesthetics / Anestésicos locales
- Metals / Metales
- Penicillin / Penicilina
- Sulfa drugs / Sulfamida
- Other / Otro
- NONE / NINGUNO

Do you use tobacco? *

¿Consume tabaco?

Choose one... ▾

During the last year, have you taken bisphosphonates? *

¿Durante los últimos 12 meses ¿ha tomado bifosfonatos?

Choose one... ▾

Have you had tonsils or adenoids removed? *

¿Le han removido las amígdalas o adenoides?

Choose one... ▾

Any history of jaw joint pain or dysfunction (TMJ/TMD)? *

¿Ha tenido historial de dolor en la articulación de la mandíbula?

Choose one... ▾

Please describe any injury to teeth, mouth, or jaws/chin (write NONE if no injury): *

Alguna vez ha tenido lesiones en su boca, dientes, o barbilla? Describa:

Enter your answer

Check all that apply: *

Marque todas las que apliquen:

- Clenching/grinding -- Apretar/rechinar los dientes
- Lip biting/sucking -- Morder/chupar labios
- Mouth breathing -- Respirar por la boca

- Nail biting -- Morder las uñas
- Nursing/pacifier/bottle habits -- Hábitos de lactancia/chupón/biberón
- Speech problems -- Problemas del habla
- Thumb/Finger sucking -- Chupar los dedos
- Tongue thrust -- Empuje de lengua
- NONE OF THE ABOVE -- NINGUNO DE LOS ANTERIORES

Are you pregnant? *

¿Esta embarazada?

Choose one... ▾

SELF -or- PARENT #1 // YO -o- PADRE #1

SELF -or- PARENT #1 - First Name *

YO -o- PADRE #1 - Primer Nombre

Enter your answer

SELF -or- PARENT #1 - Last Name *

YO -o- PADRE #1 - Apellido

Enter your answer

SELF -or- PARENT #1 - Relationship to Patient *

YO -o- PADRE #1 - Relacion al Paciente

Enter your answer

SELF -or- PARENT #1 - Mobile Phone Number *

YO -o- PADRE #1 - Numero de celular

Enter your answer

SELF -or- PARENT #1 - Email *

YO -o- PADRE #1 - Correo electronico

Enter your answer

SELF -or- PARENT #1 - Street Address (if different from patient)

YO -o- PADRE #1 - Direccion (solo si es diferente)

Enter your answer

SELF -or- PARENT #1 - City (if different from patient)

YO -o- PADRE #1 - Ciudad

Enter your answer

SELF -or- PARENT #1 - State (if different from patient)

YO -o- PADRE #1 - Estado

Enter your answer

SELF -or- PARENT #1 - Postal Code (if different from patient)

YO -o- PADRE #1 - Código postal

Enter your answer

SELF -or- PARENT #1 - Marital Status *

YO -o- PADRE #1 - Estado civil

Choose one... ▾

SELF -or- PARENT #1 - Do you have insurance? *

YO -o- PADRE #1 - ¿Tiene seguro Dental?

Choose one... ▾

SELF -or- PARENT #1 - Is there a second billing party (SPOUSE or PARENT #2) we should be aware of? *

YO -o- PADRE #1 - ¿Existe una segunda persona (CÓNYUGE o PADRE #2) que debamos tener en su cuenta?

Choose one... ▾

Consents // Consentimiento

A copy of the office's Notice of Privacy has been made available to me (BELOW). I understand I may request a copy of my records. Please see our Privacy Notice here: <https://wv3.io/qINQE7N9> *

La copia de Aviso de Privacidad de la oficina se me ha puesto a mi disposición (ABAJO). Entiendo que puedo solicitar una copia de mis registros. Consulte nuestro Aviso de Privacidad aquí: <https://wv3.io/qINQE7N9>

Yes, I acknowledge / Si, estoy de acuerdo

I authorize the release of information (Treatment and Financial) to the following individuals (i.e. parent or spouse):

Autorizo la divulgación de información (de tratamiento y financieras) a las siguientes personas (padre o cónyuge):

Enter your answer

Our 12 second scan is less than a traditional film based panoramic radiograph when used with a lead apron and neck collar. CBCT offers our patients enhanced diagnostic value at a significantly reduced exposure. Simultaneously, CBCT scans can image the head and most of the neck. As dentists and orthodontists, we evaluate teeth, jaws, and surround supporting bone using CBCTs for those limited purposes. Our training and dental license does not provide for evaluating and diagnosing outside those areas. However, since CBCT imaging can cover a broader area, we want to offer you the opportunity to have your CBCT scan read by an oral radiologist, trained and licensed to evaluate and diagnose a broader area. CBCT may show evidence of disease of the cervical spine, skull, or arteries. We can have your CBCT scan read by an oral radiologist for a fee of \$120.00. If you are interested in taking advantage of this service, please complete the applicable section below. *

Nuestro escaneo de 12 segundos es menos que una radiografía panorámica tradicional cuando se usa con un chaleco/mandil de plomo. El CBCT ofrece a nuestros pacientes un valor de diagnóstico mejor con una exposición significativamente reducida. Simultáneamente, los escaneos CBCT pueden obtener imágenes de la cabeza y la mayor parte del cuello. Como dentistas y ortodontistas, evaluamos dientes, mandíbulas y hueso de soporte utilizando CBCT para esos propósitos. Nuestra licencia de capacitación y dental no permite evaluar y diagnosticar fuera de esas áreas. Sin embargo, dado que las imágenes CBCT pueden abarcar un área más amplia, queremos ofrecerle la oportunidad de que sus imágenes tomadas por el CBCT sean leídas por un radiólogo oral, capacitado y con licencia para evaluar y diagnosticar. CBCT puede mostrar evidencia de enfermedad de la columna cervical, el cráneo o las arterias. Podemos hacer que su escaneo CBCT sea leído por un radiólogo oral por un costo de \$120.00. Si está interesado en aprovechar este servicio, complete la sección siguiente.

- YES! I would like to have my CBCT scan read by an oral radiologist EVERY TIME and understand that I'm responsible for the additional cost of \$120.00, which is separate from any orthodontic fees. I would like the results emailed to the address on file. -- ¡SÍ! Me gustaría que un radiólogo oral leyera mi CBCT CADA VEZ y entiendo que soy responsable del costo adicional de \$120.00, que es independiente de cualquier tarifa de ortodoncia. Me gustaría que los resultados se enviaran por correo electrónico a la dirección registrada.
- YES! I would like to have my CBCT scan read by a radiologist ONLY if Dr. Cooke recommends it specifically. I understand that I'm responsible for the additional cost of \$120.00, which is separate from any orthodontic fees. -- ¡SÍ! Me gustaría que un radiólogo leyera mi CBCT SOLO si la Dr. Cooke lo recomienda específicamente. Entiendo que soy responsable del costo adicional de \$120.00, que es independiente de cualquier tarifa de ortodoncia.
- NO, I understand the risks and benefits of having my CBCT scan read and interpreted by an oral radiologist, however, I knowingly decline. -- No, entiendo los riesgos y beneficios de que mi escaneo CBCT sea leído e interpretado por un radiólogo oral, sin embargo, conscientemente me niego/rechazo este servicio.

TREATMENT AUTHORIZATION: I authorize Dr. Cooke and/or her staff to perform diagnostic procedures and treatment as may be necessary for proper dentofacial care. I authorize release of any information concerning my (or my child's) health care for the purpose of evaluation and administering claims for insurance benefits. I authorize release of any information concerning my (or my child's) health care for advice and treatment to interdisciplinary team members. I understand that where appropriate, credit bureau reports may be obtained. I authorize the taking of photographs, radiographs and other diagnostic records before, during and after treatment, and to the use of the same by the doctor. The information that I have given today is correct to the best of my knowledge. I also understand that this information will be held in the strictest confidence and that it is my responsibility to inform this office of any changes in my medical status.*

Autorizo a la Dr. Cooke y / o su personal a realizar los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que sean necesarios para nuestro dentofacial adecuado. Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con mi atención médica (o la de mi hijo) con el propósito de evaluar y administrar los reclamos por los beneficios del seguro. Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con mi salud (o la salud de mi hijo) para recibir asesoramiento y tratamiento del equipo interdisciplinario. Entiendo que, según corresponda, se pueden obtener informes de la oficina de crédito. Autorizo que tomen fotografías, radiografías y otros registros de diagnóstico antes, durante y después del tratamiento, y el uso necesario de los médicos. La información que he dado hoy es correcta para mi conocimiento. Yo entiendo que esta información se mantendrá en la más estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad informar a esta oficina sobre cualquier cambio en mi estado médico.

YES. I understand by checking YES constitutes a legal signature confirming that I acknowledge and agree to the above Consent. // Sí. Entiendo que al verificar Sí constituye una firma legal que confirma que reconozco y acepto el consentimiento anterior.

Today's Date *

Fecha de hoy

ADULT PATIENT or Legal Guardian Signature *

PACIENTE ADULTO o Firma del guardián legal

I consent to signing this document electronically. / Doy mi consentimiento para firmar este documento electrónicamente.

SIGNATURE (if parent, please sign your own name) *

FIRMA (Si es padre, firme con su propio nombre)

Relationship to Patient *

Relacion al paciente

[Terms](#) • [Privacy](#)