

Paragon Dental

Paragon Dental
801 Oakdale Rd. Ste. D-5
Modesto, Ca 95355
Ph# (209)-548-0100 Fax: (209)-548-0400
www.Paragondentalcare.com

Gracias por Escojer Nuestra Oficina!

Para procesar su seguro correcta mente,
porfavar llene la forma completamente. Si usted
tiene cualquier pregunta con gusto le podemos
Asistir.

Informacion sobre el Paciente:

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial 2do Nombre: _____ Mr. Mrs. Ms. Dr.
Apodo: _____ Correo Electronico: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/_____
 Hembra Masculino Status Matrimonial: Soltero Casado Devorciado Separado Soc. Sec. #: _____ - _____ - _____
Menor: Si No Nombre de Escuela: _____ Estudiante Tiempo Completo: Si No
En Caso de Emergencia: (Nombre) _____ Telefono #: () _____ Relacion: _____

Informacion de Persona Responsable:

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial 2do Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/_____
Soc. Sec. #: _____ - _____ - _____ Relacion entre el Asegurado: _____
Domicillio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____
Telefono#: _____ Celular #: _____ Telefono Laboral #: _____ Ext. _____
Compania del Trabajo: _____ Ocupacion: _____ Poliza/Grupo #: _____
Nombre de Compania de Seguros: _____ Telefono #: _____

Informacion sobre Seguro Adicional:

Nombre: _____ Apellido: _____ Inicial 2do Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/_____
Soc. Sec. #: _____ - _____ - _____ Relacion entre el Asegurado: _____
Domicillio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ CP: _____
Telefono#: _____ Celular #: _____ Telefono Laboral #: _____ Ext. _____
Compania del Trabajo: _____ Ocupacion: _____ Poliza/Grupo #: _____
Nombre de Compania de Seguros: _____ Telefono #: _____

A Quien Podemos Dar Gracias?

Referido Por un Amigo _____ Yellow Pages 1-800-DENTIST Walk-in SBC Yellow Pages Otro: _____

Acuerdo De Pago:

Solicito que todos los beneficios dentales, si los hubiera, u otras sumas de otra manera pagaderas a mi o aa mi nombre por sericios prestados, sean pagados directamente al proveedor del servicio. Enitendo que soy financieramente responsable por todos los costos de servicios llevados a cado por el proveedor. Si el reembolso del serguero es insuficiente para cubrir mis obligaciones por los servicios prestados, yo soy responsable por la diferencia. Autorizo al proveedor del servicio a brindar toda la informacion necesaria para asegurar los pagos de beneficios. Tambien consiento al examen y/o tratamiento de mi mismo y de todas los hijos menores, por medicos, asistentes de medico y otro personal medico. La falla de proporcionar informacion completa puede resultar en reciba una factura por los servicios. Me doy por enterado que al firmar yo certifico que toda la informacion es completa y correcta.

Firma: _____

Fecha: _____

PARAGON DENTAL/HISTORIA DE SALUD

Nombre _____ Fecha _____

Fecha del Ultimo Examen de atencion medica: _____
 Para que fue este examen? _____

Ha estado hospitalizado en los ultimos 5 anos ? (Por favor marque) No Si

Si la respuesta es si, la razon: _____

Recibe atencion medica actualmente No Si
 Si Si, Naturaleza de la atencion? _____

Por favor, anote todos los nombres y numeros de telefono de los medicos que actualmente le estan brindando cuidado:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Por las siguientes preguntas, marque "Si" o "No". Sus respuestas son solo para nuestros registros y seran confidenciales. Tenga en cuenta que durante su vista inicial se le haran algunas preguntas sobre su respuesta. Nuestro equipo puede hacer preguntas adicionales sobre su salud.

Anemia o trastorno de la sangre?	No	Si	Hepatitis, cualquier forma?	No	Si
Artritis, reumatismo u otra enfermedad inflamatoria?	No	Si	Reemplazo de la articulacion? Cuando se coloca?	No	Si
Asma	No	Si	Enfermedad del rinon	No	Si
Sangrado anormal de un corte ?	No	Si	Enfermedad hepatica (incluyendo icterica)	No	Si
Cancer o Tumor?	No	Si	Nodulos linfaticos doloridos/agrandados	No	Si
Diabetes	No	Si	Psicosis	No	Si
Enfisema u otras enfermedades respiratorias y pulmonares	No	Si	Biopsias anteriores	No	Si
Epilepsia	No	Si	Tratamiento de radiacion o quimioterapia	No	Si
Desmayos o mareos	No	Si	Fiebre Reumatica	No	Si
Glaucoma	No	Si	Ulceras en la boca con cicatrizacion lenta	No	Si
Cardiopatía anormal o endocarditis bacteriana previa	No	Si	Perdida de peso/ ganancia involuntaria	No	Si
Valvula cardiac (artificial) o transplante de Corazon?	No	Si	H.I.V. Infeccion/SIDA o ARC	No	Si
Cardiopatía congénita	No	Si	Enfermedad venerea	No	Si
Enfermedad Cardíaca, Ataque Cardíaca, Cirugía Cardíaca	No	Si	Otras afecciones/ Tuberculosis	No	Si
Stent del Corazon? Cuando se coloca?	No	Si	Enfermedades recurrentes	No	Si

Esta tomando alguno de estos medicamentos?

Pre-medicacion antes del tratamiento dental?	No	Si	Tagamet® (cimetidina) or Prilosec® (omeprazol)?	No	Si
Antiacidos	No	Si	Cardizem® (diltiazem) o Calan, Isoptin® (Verapamil)?	No	Si
Dilantin® or Tegretol®	No	Si	Serzone® (nefazodone)	No	Si
Barbiturates (any)	No	Si	Diflucan (fluconazole) or Sporonox® (itraconazole)	No	Si
St. John's Wort or Kava-Kava?	No	Si	Biaxin® (clarithromycin)	No	Si
Have you been treated with Bisphosphonate drugs (Fosamax®, Aredia®, Zometa®, Actonel®, Boniva®)? If so, when did the treatment begin? When did the treatment end?	No	Si		No	Si
Have you ever taken any prescription drugs such as fen-phen for weight loss?	No	Si		No	Si
Consumo el jugo de toronja, toronjas, o extracto de toronja?	No	Si		No	Si

Por Favor liste todos los medicamentos actuales

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

9. _____
10. _____

Mujer: Estas embarazada? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Presion Sanguinea anormal? (por favor marque) Alguna vez ha recibido un diagnostic de "presion arterial alta"? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Eres madre lactante? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cual es su presion arterial normal? S _____ /D _____ Hoy _____ / _____
Estas tomando pastillas anticonceptivas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Es usted alergico o ha tenido una reaccion a:

- Anesteticos locales Si No
- Penicilina u otros antibioticos Si No
- Aspirina, Ibuprofeno o Tylenol Si No
- Codeina, Valium o otros sedantes..... Si No
- Latex o Matales..... Si No
- Otros (Especificar) _____

Historia Dental

Cual es el motive de la visita de hoy? _____

Cuando fue su ultima visita al dentista? _____

Con que frecuencia cepillas? _____

- Le sangran las encias cuando usa el hilo dental? Si No
- Experimenta alguna sensibilidad? Si No
- Alguna vez ha tenido tratamiento de ortodoncia(aparatos ortopedicos)? Si No
- Estas experimentado actualmente algun dolor dental? Si No
- Rechinas tus dientes? Si No
- Tiene parciales o dentaduras postizas? Si No
- Ha tenido algun tratamiento periodontal (de las encias)? Si No
- Usas tabaco? Si No
- Califica tu sonrisa: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (mejor)
- Por favor califique el color de sus dientes: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (mejor)

Aquí en Paragon Dental ofrecemos una variedad de servicios para mejorar su comodidad y mantener su sonrisa hermosa. Marque cualquiera de los servicios a continuación que desea que conversamos con usted durante su visita

- € Implantes
- € Veneers
- € Selladores
- € Invisalign
- € En oficina para blanquear
- € Sedacion
- € Nitroso
- € Credito de cuidado
- € Guardias nocturnes
- € Llevar a casa bandejas para blanquear
- € Injertos oseos
- € Parciales/ dentaduras
- € Extracciones de las muelas juicio
- € Root canals
- € Corona

LOS DOCTORES USAN SOLAMENTE

Comments on patient interview concerning medical history:

Significant findings from questionnaire or oral interview:

Dental management considerations:

Entiendo que la informacion anterior es necesaria para proporcionarme atencion dental de una manera segura y eficiente. He contestado todos las preguntas a mi leal saber y entender. Si se necesita mas informacion, usted tiene mi permiso para pedirle al respective proveedor de atencion medica o agencia, quien puede divulgar dicha informacion a usted. Yo le notificare al medico de cambio en mi salud y medicamentos.

Paciente (Imprimir el nombre)

Firma del Paciente

Fecha

Doctor (Imprimir el nombre)

Firma del Doctor

Fecha

Patient Acknowledgment of Receipt of Dental Materials Fact Sheet

I, _____, acknowledge I have received from **Paragon Dental** a copy of the Dental Materials Fact Sheet dated 2004.
Patient name

Patient Signature _____ **Date** _____

Comparisons of Indirect Restorative Dental Materials

Comparative Factors	Porcelain (Ceramic)	Porcelain (Fused to Metal)	Gold Alloys (Noble)	Nickel or Cobalt-Chrome (Base Metal) Alloys
General Description	Glass-like material formed into fillings and crowns using models of the prepared teeth.	Glass-like material that is "enameled" onto metal shells. Used for crowns and fixed bridges.	Mixtures of gold, copper and other metals used mainly for crowns and fixed bridges.	Mixtures of nickel. Chromium.
Principal Uses	Inlays, Veneers, Crowns and Fixed-bridges.	Crowns and fixed-bridges.	Cast crowns and fixed bridges; Some partial denture frame works.	Crowns and fixed bridges; most partial denture frameworks.
Resistance to Further Decay	Good, If the restoration fits well.	Good, If the restoration fits well.	Good, If the restoration fits well.	Good, If the restoration fits well.
Estimated Durability (Permanent teeth)	Moderate; Brittle material that may fracture under high biting forces. Not recommended for posterior (molar) teeth.	Very good. Less susceptible to fracture due to the metal substructure.	Excellent. Does not fracture under stress; Does not corrode in the mouth.	Excellent. Does not fracture under stress; Does not corrode in the mouth.
Relative Amount of Tooth Preserved	Good-Moderate. Little removal of natural tooth is necessary for veneers; more for crowns since strength is related to its bulk.	Moderate-High. More tooth must be removed to permit the metal to accompany the porcelain.	Good. A strong material that requires removal of a thin outside layer of the tooth.	Good. A strong material that requires removal of a thin outside layer of the tooth.
Resistance to Surface Wear	Resistant to surface wear; but abrasive to opposing teeth.	Resistant to surface wear; permits either metal or porcelain on the biting surface of crowns and bridges.	Similar hardness to natural enamel; does not abrade opposing teeth.	Harder than natural enamel but minimally abrasive to opposing natural teeth. Does not fracture in bulk.
Resistance to Fracture	Poor resistance to fracture.	Porcelain may fracture.	Does not fracture in bulk.	Does not fracture in bulk.
Resistance to Leakage	Very good. Can be fabricated for very accurate fit of the margins of the crowns.	Good-Very good depending upon design of the margins of the crowns.	Very good-Excellent. Can be formed with great precision and can be tightly adapted to the tooth.	Good-very good-Stiffer than gold; less adaptable, but can be formed with great precision.
Resistance to Occlusal Stress	Moderate; brittle material susceptible to fracture under biting forces.	Very good. Metal substructure gives high resistance to fracture.	Excellent	Excellent
Toxicity	Excellent. No known adverse effects.	Very Good to Excellent. Occasional/rare allergy to metal alloys used.	Excellent. Rare allergy to some alloys.	Good. Nickel allergies are common among woman, Although rarely manifested in dental restorations.
Allergic or Adverse Reactions	None	Rare. Occasional allergy to metal substructure.	Rare. Occasional allergic reactions seen in susceptible individuals.	Occasional; infrequent reactions to nickel.
Susceptibility to Post-Operative Sensitivity	Not material dependent; does not conduct heat and cold well.	Not material dependent; does not conduct heat and cold well.	Conducts heat and cold; may irritate sensitive teeth.	Conducts heat and cold; may irritate sensitive teeth.
Esthetics (Appearance)	Excellent	Good to excellent	Poor-yellow metal	Poor-dark silver metal
Frequency of Repair or Replacement	Varies; depends upon biting forced; fractures of molar teeth are more likely than anterior teeth; porcelain fracture may often be repaired with composite resin.	Infrequent; porcelain fracture can often be repaired with composite resin.	Infrequent; replacement is usually due to recurrent decay around margins.	Infrequent; replacement is usually due to recurrent decay around margins.
Relative Costs to Patient	High; requires at least two office visits and laboratory services.	High; requires at least two office visits and laboratory services.	High; requires at least two office visits and laboratory services.	High; requires at least two office visits and laboratory services.
Number of Visits Required	Two- minimum; matching esthetics of teeth may require more visits.	Two- minimum; matching esthetics of teeth may require more visits.	Two-minimum	Two-minimum