

UCSD Student Run Free Dental Clinic

Today's Date: _____
(Fecha de Hoy)

Name of Patient: _____
(Nombre del Paciente): Last (Apellido) First (Primer Nombre) M.I. (Inicial del Segundo Nombre)

DOB: _____ Age: _____
(Fecha de nacimiento) (Edad)

1. Reason for Today's Visit: _____
(Razón para la visita de hoy)
2. How long since your last dental visit? _____
(¿Hace cuánto que fue su última visita al dentista?)
3. Date of last dental x-ray: _____
(Fecha de los últimos rayos-X dentales:)
4. Former dentist's name: _____
(Nombre del dentista anterior):

Address: _____
(dirección:)

Phone: _____
(Teléfono:)

5. When was the last time your teeth were cleaned? _____
(¿Cuándo fu su última limpieza de dientes?)

6. Please check if you have had any of the following:
(favor de marcar todos los que haya tenido:)

 - Bad breath (mal aliento)
 - Bleeding gums (encías que sangran)
 - Clicking or popping jaw (mandibula que se salta o hace clic)
 - Food Collection between teeth (la comida se junta entre los dientes)
 - Grinding teeth (dientes que rechinan)
 - Loose teeth (dientes sueltos)
 - Broken fillings (empastes rotos)
 - Periodontal treatment (tratamiento periodontal)
 - Sensitivity to cold (sensitive al frio)
 - Sensitivity to hot (sensitive al color)
 - Sensitivity to sweets (sensitive a los dulces)
 - Sensitivity to biting (sensitive al morder)
 - Sores or growths in mouth (llagas o bultos en la boca)

7. Any other problems or questions concerning your teeth or general dental health? (¿Algún otro problema o pregunta respecto a sus dientes o salud dental en general?)

Comments:

MED ALERT

I certify that the above information is accurate and complete to the best of my knowledge. (Certifico que la información anterior es completa y exacta a mi leal saber.)

Patient's Signature: _____ Date: _____

Dentist's initials: _____ Date: _____ Date: _____
 _____ Date: _____ Date: _____
 _____ Date: _____ Date: _____

UCSD Student Run Free Dental Clinic

Today's Date: _____
(Fecha de Hoy)

Name of Patient: _____ DOB: _____ Age: _____
(Nombre del Paciente): Last (Apellido) First (Primer Nombre) M.I. (Inicial del Segundo Nombre) (Fecha de nacimiento) (Edad)

Name of Physician: _____ Date of last visit to physician: _____
(Nombre del Médico) (Fecha de la última visita al medico)

Medical Health History – Do you have OR have you had any of the following? Please check yes or no: (HISTORIAL DE SALUD MEDICA - ¿Usted tiene O ha tenido alguno de los siguientes? Favor de marcar si ó no)

Allergy Problems (Problemas de Alergias)

- Yes No Asthma (Asmo)
 Yes No Hay Fever (Fiebre de Heno)
 Yes No Sinus Problem (Sinusitis)
 Yes No Skin Rashes (sarpullidos)

- Do you smoke? (¿Fumo Usted?) Yes No
 If so, how much? (Si es así, ¿cuánto?) _____
 Do you want to stop? (le gustaría dejar de fumar?) Yes No
 Have you tried before? (Lo ha intentado antes?) Yes No
 Do you consume alcoholic beverages? (¿Tomo bebidas alcohólicas?)
 Yes No If so, how much? (Si es así, ¿cuánto?) _____

Blood Problems (Problemas a la Sangre)

- Yes No Abnormal bleeding
(Hemorragia Anormal)
 Yes No Blood disease/anemia
(Enfermedad a la Sangre /Anemia)
 Yes No Easy Bleeding (Sangrado fácil)

Allergies (Alergias)

- Are you allergic to or have you reacted adversely to any of the following?
(¿Es alérgico o ha tenido una reacción adversa a alguno de los siguientes?)
 Aspirin Aspirina) Yes No
 Barbiturates (barbitúricos)..... Yes No
 Codeine (Codeina)..... Yes No
 Latex (Látex)..... Yes No
 Local Anesthetics (Anestésicos Locales)..... Yes No
 Metals (metales) Yes No
 Penicillin (Penicilina) Yes No
 Sulfa Drugs (Sulfas) Yes No
 Other (Otro): _____

Bone or Joint Problems

- (Problemas a los Huesos o Articulaciones)
 Yes No Arthritis (Artritis)
 Yes No Joint Replacement
(Reemplazo de articulaciones)
 Yes No Osteoporosis (Osteoporosis)

Medications (Medicamentos)

List medication you are currently taking, both prescription and OTC:
(Aliste los medicamentos que está tomando actualmente, tanto los recetados como los no recetados):

Heart Problems (Problemas al Corazón)

- Yes No Chest pain (Dolor al Pecho)
 Yes No Heart murmur (Soplo al Corazón)
 Yes No Heart valve problem
(Problema de Válvula)
 Yes No High blood pressure (Presión Alta)
 Yes No Pacemaker (Marcapasos)
 Yes No Rheumatic Fever (Fiebre Reumática)
 Yes No Shortness of breath (Falta de Aire)

Are you Currently taking any Herbal or natural homeopathic remedies
(¿Está actualmente tomando remedios naturales de hierbas u homeopáticos?)
 Yes No

Intestinal Problems (Problemas a Los Intestinos)

- Yes No Special diet (Dieta especial)
 Yes No Ulcers (Úlceras)
 Yes No Weight gain or loss
(Pérdida o Subida de Peso)

If so, are you under the supervision of an alternative therapist?
(Si es así, ¿se encuentra bajo la supervisión de un terapeuta alternativo?)
 Yes No

OTHER: (Otros)

- Yes No Cancer/Tumor (Cáncer/tumor)
 Yes No Diabetes (Diabetes)
 Yes No Fainting spells, seizures, epilepsy
(Desmayos, convulsions, epilepsia)
 Yes No Glaucoma (glaucoma)
 Yes No Hepatitis or other liver trouble
(Hepatitis u otro problema al hígado)
 Yes No Herpes (Herpes)
 Yes No HIV/AIDS (VIH/SIDA)
 Yes No Tuberculosis (Tuberculosis)
 Yes No Venereal Disease (Enfermedad Venérea)

Women: (Mujeres):

1. Are you pregnant? (¿Está embarazada?) Yes No
 2. If yes, Approximate due date: (Si está embarazada, fecha aproximado de parto) ____/____
 3. Are you taking birth control pills (Está tomando píldoras anticonceptivas)

Other Medical Problems or conditions: (Otras enfermedades o problemas medicos):

I certify that the above information is complete and accurate.
(Certifico que la información anterior es completa y exacta.)

Patient's Signature: _____ Date: _____
(Firma Del Paciente) (Fecha)

Dentist's Signature: _____ Date: _____

UCSD Student Run Free Dental Clinic

Today's Date: _____
Patients ID #: _____

Name of Patient: _____ DOB: _____ Age: _____
(Nombre del paciente) (Fecha de nacimiento) (Edad)

Baker Dental Clinic
 4041 T Street
 San Diego, Ca 92113

Downtown Dental Clinic
 1420 Third Ave
 San Diego, Ca 92101

Pacific Beach Dental Clinic
 1561 Thomas Street
 San Diego, Ca 92109

ALL INFORMATION PROVIDED ON THIS FORM WILL REMAIN CONFIDENTIAL
(LOS DATOS CONTENIDOS EN EL PRESENTE FORMULARIO QUEDARÁN CONFIDENCIAL)

- Patient's Social Security (optional): _____
(Número de Seguro Social del Paciente (opcional))
- Gender: M F Primary Language: English _____ Spanish _____ Other: _____
(De Género) (Idioma principal) (Inglés) (Español) (Otro)
- Ethnicity: African American _____ Hispanic _____ Caucasian _____ Asian _____ Other: _____
(Etnicidad) (Afroamericano) (Hispanos) (Caucásico) (Asia) (Otro)
- Are you currently homeless or living on the street? _____ For how long? _____ Zip code: _____
(¿Es actualmente sin hogar o vivo en la calle?) (¿Por cuánto tiempo?) (Código postal)
- What is your address or area of most frequent sleeping location: _____
(¿Cuál es su dirección, o ubicación más frecuente para dormir?)
- Contact phone number _____
(Número de Teléfono)
- Do you have medical insurance? Yes _____ No _____
(¿Tiene seguro médico?) (SI) (No)
- If yes, what type? Medi-Cal _____ Medi-Care _____ VA _____ CMS _____ CMH _____ Other: _____
(¿Si sí, qué tipo?) (Otro)
- Did you ever serve in the military? Yes _____ No _____
(¿Alguna vez servir en el ejército?) (SI) (No)
- What is your marital status? Single _____ Married _____ Separated _____ Divorced _____ Widowed _____
(¿Cuál es su estado civil?) (Solo) (Se Casó) (Separado) (Divorciado) (Viudo)
- How many children do you have? _____ Do they live with you? Yes _____ No _____
(¿Cuántos hijos tiene usted?) (¿Viven con usted?) (SI) (No)
- Education level that you completed? Jr. High _____ High School _____ Some College _____ College _____ Grad _____
(El nivel de la educación que usted complete) (Secundaria) (El Colegio) (Alguna Universidad) (Universidad) (Posgrado)
- Are you currently employed? Yes _____ No _____ Occupation? _____
(¿Es empleado actualmente usted?) (SI) (No) (Ocupación)
- Are you currently receiving any government assistance? Yes _____ No _____
(¿Está recibiendo alguna ayuda del gobierno?) (SI) (NO)
- If yes, what type? SSI _____ SSD _____ WIC _____ TANF _____ Other: _____
(¿Si sí, qué tipo?) (Otro)
- Have you ever been a victim of domestic violence? Yes _____ No _____
(¿Jamás ha sido usted una víctima de violencia doméstica?) (SI) (NO)

UCSD Student Run Free Dental Clinic

Rape? Yes _____ No _____
 {¿La violación?} {SI} {NO}

Physical Abuse? Yes _____ No _____
 {¿El Abuso físico?} {SI} {NO}

17. Have you ever been in prison? Yes _____ No _____
 {¿Usted ha estado nunca en la prisión?} {SI} {NO}

18. Have you ever had a mental illness requiring either medication, physician care, hospitalization, or an emergency room visit? *{¿Jamás ha tenido usted una enfermedad mental que requiere medicina, cuidado de médico, la hospitalización, o una visita de sala de urgencias?}* Yes _____ No _____
 {SI} {NO}

19. What was the name of the illness? Yes _____ No _____
 {¿Cómo se llamó la enfermedad?} {SI} {NO}

20. Are you taking any psychiatric medication now or recently? Yes _____ No _____
 {¿Está tomando alguna medicación psiquiátrica ahora o recientemente?} {SI} {NO}

21. If yes what type & dose? _____
 {¿Si sí qué tipo y dosis?}

22. Are you currently seeing a physician for mental illness? Yes _____ No _____
 {¿Usted está viendo actualmente a un médico para la enfermedad mental?} {SI} {NO}

23. Name of Physician: _____ Location: _____
 {Nombre del Médico} {Localización}

24. Have you used any of the following substances? Have you ever used any IV drugs? Yes _____ No _____
 {¿Ha utilizado alguna de las siguientes sustancias?} {¿Jamás ha utilizado usted cualquier drogas de IV?} {SI} {NO}

	Never {Nunca}	Past {Pasado}	Present {Presente}	How long? {¿Por cuánto tiempo?}	How much? {¿Cuánto?}
Tobacco {Tabaco}					
Alcohol {Alcohol}					
Marijuana {Marihuana}					
Methamphetamine { metanfetamina}					
Cocaine {Cocaína}					
Heroin {heroína}					
Other {Otro}					
	Negative Test {Prueba Negative}	Positive Test {Prueba positive}	Never Tested {Nunca Probado}		
TB (PPD) {tuberculosis}					
HIV (AIDS) { VIH (SIDA)}					
Hep B {Hepatitis C}					
Hep C {Hepatitis C}					
Chlamydia {clamidia}					
Gonorrhea {Gonorrea}					
Syphilis {sífilis}					

Thank you for your help! I have reviewed this with the patient. To the best of my knowledge, All of the above is correct! {
 ¡Gracias por su ayuda! He revisado este con el paciente. Al mejor de mi conocimiento, todo lo anterior es correcto!}

Pre-Dental Student Name and Signature: _____

UCSD Student Run Free Dental Clinic

Name: _____
DOB: _____ Gender: Male female

Urgent Dental Care Informed Consent/Information {Cuidado Dental Urgente Consentimiento/Información informado}

While you were in the Urgent Dental Clinic today, it was explained that only palliative care will be provided and recommended for you to locate a clinic or private office to receive comprehensive and preventive dental care. {Mientras estuvo en el Clínica Dental Urgente hoy, fue explicado que único cuidado paliativo será proporcionado y recomendado para usted localizar una clínica o una oficina privada para recibir cuidado dental comprensivo y preventivo.}

- Decay in your tooth _____, was wholly or partially removed. A sedative dressing (sometimes called a temporary filling) was placed in the tooth, in order to allow the tooth to heal. This is not a permanent filling and must be replaced with in two months to one year. It was explained before treatment due to limited staff and resources the permanent filling may need to be done at another clinic or providers office at your own expense.

{Caries en el diente _____, fue total o parcialmente eliminada. Un sedante vestir (a veces llamado un relleno temporal) fue colocado en el diente, para permitir el diente curar. Esto no es un relleno permanente y debe ser sustituido por dos meses a un año. Se explicó que antes del tratamiento, debido a limitaciones de personal y los recursos, el relleno de la permanente puede necesitar ser hecho en otra clínica o oficina dental de en su propio costo.}

- In order to control the pain due to infection in the tooth _____, the nerve was removed. This is called an "open and broach," which is the first step in root canal treatment. To complete the root canal, a lengthy process of canal preparation and filling is necessary. Such treatment may not be available at this clinic. It was explained before treatment due to limited staff and resources the completion of the root canal might need to be done at another clinic or providers office at your own expense. The root canal must be done with in one week to one month followed with a permanent restoration of that tooth.

{Para controlar el dolor causado por la infección en el diente _____, el nervio fue quitado. Esto se llama una "abierto y broche", y es el primer paso en el tratamiento del conducto radicular. Para completar el conducto radicular, un largo proceso de preparación del conducto y el relleno es necesario. Tal tratamiento puede no estar disponible en esta clínica. Se explicó que antes del tratamiento, debido a limitaciones de personal y los recursos, el tratamiento del conducto radicular puede necesitar ser hecho en otra clínica o oficina dental de en su propio costo. El conducto radicular debe ser hecho dentro de una semana a un mes seguido con una restauración permanente de ese diente.}

UCSD Student Run Free Dental Clinic



Due to the extent of decay, pulpal or periodontal infection, non-restorability of the tooth, the tooth _____, was extracted. Having teeth extracted may lead to the shifting or super eruption of your remaining teeth. Your ability to chew, speak and aesthetics will be permanently affected. In order to maintain function and limit the loss of space, it was explained before treatment that you would need either implants, fixed or removable prosthetic dentures either immediately or with in a period to allow for the healing of the surgical site. It was explained before treatment due to limited staff and resources the fabrication of such fixed or removable appliances might need to be done at another clinic or providers office at your own expense.

{Debido a la extensión de la caries, infección pulpar o periodontal, o la imposibilidad de restaurar el diente, el diente _____ fue extraído. La extracción de los dientes puede causar desplazamiento o super erupción de los dientes restantes. Su capacidad para masticar, hablar y estética se verá afectado de forma permanente. Para mantener función y limitar la pérdida de espacio, se explicó antes del tratamiento que usted necesita implantes, dentaduras protésicas (fijas o removibles) ya sea inmediatamente o en un período para permitir la cicatrización de la herida quirúrgica. Se explicó que antes del tratamiento, debido a limitaciones de personal y los recursos, la fabricación de tales aparatos fijos o removibles puede necesitar ser hecho en otra clínica o oficina dental de en su propio costo.}

Remember, this treatment was done in order to make your tooth more comfortable or alleviating infection. It is the patient's responsibility to arrange to have the treatment completed. The treatment of choice for repeat problems with the same tooth, due to the lack of follow-up care, may be removal of the tooth.

{ Recuerde, este tratamiento fue hecho para hacer el diente más cómodo o aliviar la infección. Es la responsabilidad del paciente de arreglar para tener el tratamiento completado. El tratamiento de elección para repite problemas con el mismo diente, debido a la falta de atención de seguimiento, pueden ser eliminación del diente.}

If you have any specific questions concerning follow up care, do not hesitate to ask.
{Si tiene otras preguntas, por favor no dude en preguntar.}

Patient's Signature: _____ Date: _____

Dentist's Signature: _____ Date: _____

