



PATIENT APPLICATION PACKET

1 – Are you eligible?

To Be Eligible To Become a HealthLink Patient You Must:

- ✓ Be at least 18 years old
- ✓ Live in either Bucks County or Montgomery County
- ✓ Be employed (full-time, part-time, or seasonally) or be married to someone who is, and
- ✓ Earn within 250% of the Federal Poverty Guidelines (see the chart to the right)
- ✓ And not have dental insurance coverage.

2026 Household Income Limits

People in Household	Maximum Annual Household Income
1	\$39,900
2	\$54,100
3	\$68,300
4	\$82,500
5	\$96,700
6	\$110,900
7	\$125,100
8	\$139,300

2 – Gather these items.

If you meet these requirements, you are invited to fill out this application and call (215) 364-4247 to schedule an eligibility appointment. When you come to your eligibility appointment, please bring this application along with the following documents:

- ☐ Most recent 2 months of paystubs;
- ☐ Completed Federal tax return (Form 1040) & schedules, if applicable, for the current year;
- ☐ Proof of residency, such as a utility bill or signed rental lease; and
- ☐ Photo ID (driver's license, passport, or work ID).

3 – Call to schedule an eligibility appointment.

You MUST schedule an eligibility appointment before you can receive free dental care. (Walk-in's are not accepted.)

To schedule an appointment or if you have specific questions regarding your potential eligibility, please call (215) 364-4247.



APLICAR PARA SER UN PACIENTE

1 - ¿Eres elegible?

Si responde "sí" a estas preguntas, puede calificar para atención dental gratuita:

- ✓ ¿Tiene 18 años de edad o más?
- ✓ ¿Vive usted en el Condado de Bucks o en el Condado de Montgomery?
- ✓ ¿Está usted o su cónyuge empleado (tiempo completo, tiempo parcial o temporada)?
- ✓ ¿Su familia gana dentro del 250% de las Pautas Federales de Pobreza? (Ver tabla a la derecha)

Límites de Ingresos Familiares Para 2026

Personas en Hogar	Máximo de Ingresos
1	\$39,900
2	\$54,100
3	\$68,300
4	\$82,500
5	\$96,700
6	\$110,900
7	\$125,100
8	\$139,300

2 – Reúne estos artículos:

En su cita de elegibilidad, se le pedirá que traiga con usted:

- ☐ Los últimos 2 meses de pago;
- ☐ Declaración de impuestos federal completada (Formulario 1040) y horarios, si corresponde, para el año en curso;
- ☐ Prueba de residencia, como una zonduce de servicios públicos o un contrato de alquiler firmado; y
- ☐ Identificación con foto (licencia de zonducir, pasaporte o ID de trabajo).

3 - Llame para programar una cita de elegibilidad

Debe programar una cita de elegibilidad antes de poder recibir atención dental gratuita.
(No se aceptan visitas).

Para programar una cita o si tiene preguntas específicas sobre su posible elegibilidad,
llame al (215) 364-4247.



444 N. York Road, Suite B3
Hatboro, PA 19040
215-364-4247

APPLICATION FOR ELIGIBILITY/APLICACIÓN PARA ELEGIBILIDAD

Date/Fecha De Hoy: ____/____/____

ACCT# _____

GENERAL INFORMATION (Please Print)/INFORMACIÓN GENERAL (Por Favor escriba en letra de molde)

Name/Nombre: _____

Date Of Birth/Fecha De Nacimiento: _____

Address/Dirección: _____ Apartment #/Apartamento _____

City /Ciudad: _____ State/Estado: _____

Zip Code/Código Postal: _____ County/Condado: Bucks or Montgomery

Home Telephone Number/Número De Teléfono residencial: _____

Cell Phone Number/Número De Celular: _____

Email Address / Dirección de correo electrónico _____

Name of emergency contact/Nombre de Contacto en caso de una emergencia: _____

Relationship/Relación: _____ Telephone number/Número de teléfono _____

Were you referred to us? If so, by whom? (Circle One) /¿Fue referido a Healthlink? Si es así, ¿por quién? Un circulo

BCHIP (Bensalem) Ann Silverman Clinic (Doylestown) Abington Other: _____

How did you hear about HealthLink? ¿Cómo se enteró de HealthLink? _____

DENTAL INSURANCE INFORMATION/INFORMACIÓN SOBRE SEGURO DENTAL

Do you have dental insurance?/ ¿Tiene seguro dental?..... Yes/Sí No

EMPLOYMENT INFORMATION/INFORMACION DE EMPLEO

Applicant/aplicante

Name of Employer/Nombre Del Empleador: _____

Occupation/Ocupación: _____

Length of Employment/Cuanto tiempo trabaja en esa compañía: _____

☐ Full-time/ Tiempo completo

☐ Part-time/ Medio tiempo

Number of hours per week/Cuántas horas trabaja semanalmente: _____

Hourly rate/Cuanto gana por hora: \$ _____

Spouse/Esposa o Esposo

Name of Employer/Nombre Del Empleador: _____

Occupation/Ocupación: _____

Length of Employment/ Cuanto tiempo trabaja en esa compañía: _____

☐ Full-time/Tiempo completo

☐ Part-time/Medio tiempo

Number of hours per week/ Cuantas horas trabaja semanalmente: _____

Hourly rate/ Cuanto gana por hora: \$ _____

FINANCIAL INFORMATION

Please complete all that apply using monthly figures. / Por favor complete todos que aplican a usted utilizando cifras mensuales.

1. Do you own your home?/ ¿Es dueño de su propia casa? ☐ Yes/Sí ☐ No
2. Did you file a Federal income tax return last year?/¿En el año pasado usted hizo su reporte de impuestos federales? ☐ Yes/Sí ☐ No

Sex/Ethnic Origin Statement – Completing this section of the form is OPTIONAL. HealthLink welcomes patients of all backgrounds. This information will be used for statistical purposes only. *Completar esta parte de la aplicación es OPCIONAL. Health Link Medical Center brinda su atención a pacientes de todos los orígenes. Esta información es utilizada solo para fines estadísticos.*

Gender/Género: ☐ Male/Hombre ☐ Female/Mujer

Ethnic Origin/Origen Étnico: ☐ Black ☐ Hispanic ☐ White(not Hisp.) ☐ Asian/Pacific Islander ☐ Indian ☐ Other

Marital Status/Estado Civil: ☐ Married/Casada ☐ Widowed/Viuda ☐ Divorced/Divorciada ☐ Single/Soltera
☐ Separated /Separada

Country of Birth/Pais de Nacimiento: _____

Certification

I certify that the information on this application and the financial information provided is correct. I give permission to verify income from any or all of the sources provided. I understand that any false statement with regard to my finances, dependents, address, place of employment, insurances and who resides in my household will be cause for denial of services and dismissal from HealthLink services permanently. I understand that if I meet HealthLink's initial eligibility criteria I will be contacted to schedule an eligibility confirmation appointment. At the confirmation appointment, which I must be present for, I will receive final determination of my acceptance as a HealthLink patient. I know that a dental appointment can only be made at the completion of a satisfactory confirmation appointment. I must have a physical and blood work before I can obtain a dental appointment.

Certificación

Yo certifico que la información en esta solicitud y la información financiera proporcionada es correcta. Yo doy permiso para verificar el ingreso de cualquiera o de todas las fuentes provistas. Entiendo que cualquier declaración falsa en relación con mis finanzas, cargo, dirección, lugar de empleo, seguros y residentes en mi hogar será causa de negación de servicios y el despido de los servicios de HealthLink permanentemente. Yo entiendo que si reúno todos los requisitos de elegibilidad inicial de HealthLink, me contactaran para programar una cita de confirmación de elegibilidad. En la cita de confirmación, en la que debo estar presente, voy a recibir la confirmación final de mi aceptación como paciente de HealthLink. Sé que una cita con el dental sólo se puede luego de la cita de confirmación de elegibilidad. También debo hacerme un examen físico y análisis de sangre antes de que pueda obtener una cita con el dentista.

Applicant Signature/Firma del solicitante

Date/Fecha



PATIENT ATTENDANCE POLICY

- You must arrive on time
- Call 24 hours in advance to cancel or reschedule an appointment.
- Call or leave a message if you are running late or have an emergency that will cause you to miss your appointment.
- More than 15 minutes late, your appointment will be rescheduled.
- ONE (1) “no show” to an appointment, and you will be unable to make another appointment for 3 months.
- TWO (2) “no shows” to an appointment, and you will be unable to make another appointment for 6 months.
- THREE (3) “NO SHOWS” and you forfeit your services at HealthLink.

I, _____, agree with, understand, and accept HealthLink Dental Clinic’s Patient Attendance Policy.

Patient signature

Date

POLÍTICA DE ASISTENCIA AL PACIENTE

- Usted debe llegar a tiempo
- Llame a las 24 horas de anticipación para cancelar o reprogramar una cita.
- Llame o dejar un mensaje si se está ejecutando, o si tiene una emergencia que le hará falta a su cita.
- Más de 15 minutos de retraso, la cita será reprogramada.
- UNO (1) NO presentarse a una cita dental no podrá hacer otra cita para 3 meses.
- DOS (2) NO presentarse a una cita dental no podrá hacer otra cita para 6 meses
- TRES (3) “NO SHOWS” y usted perderá sus servicios en HealthLink.

Yo, _____, de acuerdo con, entender y aceptar la Política de Asistencia Paciente HealthLink Dental Clinic.

Firma del paciente

Fecha



PATIENT RESPONSIBILITIES

- ☐ I will be courteous to HealthLink's staff and volunteers.
- ☐ I agree and understand that any false statement with regard to my finances, dependents, address, place of employment, insurance and who resides in my household will be cause for immediate dismissal from HealthLink **permanently**.
- ☐ I agree to notify HealthLink immediately of any changes with regard to finances, dependents, address, place of employment, insurance, phone numbers and who resides in my household.
- ☐ I understand that I must provide a tax return and paystubs each year to maintain my eligibility. If I fail to provide the required documentation, I will be unable to make any appointments or receive any medications.
- ☐ I agree to keep all scheduled appointments. I have read and understand HealthLink's attendance policy. I must provide 24 hours cancellation notice. If I fail to provide 24 hour notice for 3 appointments I will forfeit my right to services.
- ☐ I agree I will not come to the clinic under the influence of illegal drugs or alcohol. I understand there are no narcotics at HealthLink.
- ☐ I understand HealthLink respects my privacy and will not make appointments or discuss any aspect of my care with anyone other than myself, unless I have provided HealthLink with written permission.

Patient signature

Date

RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

- ☐ Seré cortés con el personal de HealthLink y voluntarios.
- ☐ Estoy de acuerdo y entiendo que cualquier declaración falsa en relación con mis finanzas, cargo, dirección, lugar de empleo, seguro y de los residentes en mi hogar será causa de descalificación inmediata de HealthLink permanentemente.
- ☐ Estoy de acuerdo con notificar a HealthLink inmediatamente de cualquier cambio con respecto a las finanzas, cargo, dirección, lugar de trabajo, números de teléfono de seguros y de los residentes en mi hogar.
- ☐ Yo entiendo que debe proporcionar una declaración de impuestos y recibos de pago de cada año para mantener mi elegibilidad. Si no llego a presentar la documentación necesaria, voy a ser negada la opción de tener citas para recibir cualquier medicamento.
- ☐ Estoy de acuerdo en mantener todas las citas programadas. He leído y entiendo la política de asistencia de HealthLink. Tengo que dar aviso de cancelación 24 horas previas a la cita. Si no se realiza la cancelación de citas con 24 horas de anticipación de 2 citas médicas o en una cita con el dentista voy a perder mi derecho a los servicios de HealthLink.
- ☐ Estoy de acuerdo en que no vendré a la clínica, bajo la influencia de drogas ilegales o de alcohol. Yo entiendo que no hay narcóticos en HealthLink.
- ☐ Entiendo que HealthLink respeta mi privacidad y no hará citas o discutirá ningún aspecto de mi cuidado médico con nadie más que yo, a menos que lo haya autorizado a HealthLink con un permiso por escrito.

Firma Del Paciente

Fecha



CONSENT TO DENTAL TREATMENT

Patient Name: _____ DOB: _____

I consent to receive dental services provided by HealthLink Dental Clinic. Dentists, Dental Hygienists, and other dental providers who may be volunteers or students at local educational institutions provide services.

I understand that many of the dentists who volunteer at HealthLink Dental Clinic do so under a Pennsylvania Volunteer Dental License. Dentists who carry volunteer dental licenses in Pennsylvania are not required to carry individual malpractice or professional liability insurance. Our professional volunteers, who are credentialed and deemed under the FTCA, are provided exclusive remedies for dental care found to be grossly negligent.

Thank you for entrusting your dental services to HealthLink Dental Clinic.

Patient Signature

Date

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DENTAL

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Doy mi consentimiento para recibir tratamiento dental de los servicios prestados por el HealthLink Dental Clinic. Dentistas, higienistas dentales y otros proveedores de atención de la salud que pueden ser voluntarios o estudiantes en las instituciones educativas locales prestación de servicios.

Yo entiendo que muchos de los dentistas que se ofrecen en el HealthLink hacerlo bajo una licencia de Voluntariado Dental de Pennsylvania. Los denistas que realizan voluntarios de licencias dental en Pennsylvania no están obligados a llevar a malas prácticas individuales o de seguro de responsabilidad profesional. Nuestros voluntarios profesionales, que están acreditados y que se considere en el marco del FTCA, se proporcionan los recursos exclusivos para la atención dental constató que una negligencia grave.

Gracias por confiarnos sus servicios de salud a HealthLink.

Firma de Paciente

Fecha

Addendum: I am unable to read the HealthLink Dental Clinic "Consent to Dental Treatment" as written above. The document was read and explained to me by:

Printed Name of Person Reading/Explaining: _____

Patient Signature

Date



Free Clinic Federal Tort Claims Act (FTCA) Program Notice to Patients

Dear HealthLink Patient:

At times you may be cared for by a volunteer Dentist or other professional volunteer. This letter is to notify you that under Federal law relating to the operation of free clinics, the Federal Tort Claims Act (FTCA), (*See 28 U.S.C. §§1346 (b), 2401 (b), 2671-80*) provides the exclusive remedy for damage from personal injury, including death, resulting from the performance of medical, surgical, dental, or related functions by any free clinic volunteer health care practitioner who the Department of Health and Human Services has deemed to be an employee of the Public Health Service. This FTCA medical malpractice coverage applies to deemed free clinic volunteer health care practitioners who have provided a required or authorized service under Title XIX of the Social Security Act (i.e. Medicaid Program) at a free clinic site or through offsite programs or events carried out by the free clinic (*See 42 U.S.C. § 233 (a), (o)*).

Certain free clinic health care professionals providing health care services to patients at HealthLink may be covered by the above Federal law.

Acknowledged:

Patient Signature

Date

Free Clinic Federal Tort Claims Act (FTCA) Notificacion del Programa a los Pacientes

Estimado paciente de HealthLink:

Algunas veces sera atendido por un doctor voluntario dentist u otro voluntario medico. Esto es para informarle que bajo la ley federal relacionada a la operacion de clinicas, Federal Tort Claims Act (ACTP), (véase 28 USC 1346 (b), 2401 (b), 2671-80) constituye el único recurso por los daños causados por lesiones corporales, incluida la muerte, resultantes de la actuación de la medicina, las funciones de cirugía, odontología, o relacionados de cualquier profesional voluntario gratis de la clínica de salud que el Departamento de Servicios de Salud ha considerado como un empleado del Servicio de Salud Pública. Esta cobertura FTCA de mala practica medica aplica a los voluntaries de clinicas gratuitas que han proveido un servicio autorizado bajo el titulo XIX de el seguro social Act. (i.e) Medicaid Program) en una clinica gratuita o atraves de programas o eventos realizados por las clinicas gratuitas (Ver 42 U.S.C. § 233 (a), (o)). Algunos profesionales de la clínica de salud gratuita que prestan sus servicios de atención de salud a los pacientes en HealthLink pueden ser cubiertos por la ley federal explicada arriba.

Reconocido:

Firma Del Paciente

Fecha



MEDICATION LIST

Patient Name: _____

Account #: _____

Date of Birth: _____

Allergies: _____

Medication	Dose	Freq	Date:	Date:	Date:	Date:	Date:	Date:

Key:

= Amt of tabs **RX** = Prescribed Med **D/C** = Discontinued
Meds (Updated & Initial)



PATIENT MEDICAL HISTORY / HISTORIAL MEDICO DE PACIENTE

Patient's name/ Nombre del Paciente _____

Date of Birth / Fecha de Nacimiento _____

Although dental personnel primarily treat the area in and around your mouth, your mouth is a part of your entire body. Health problems that you may have, or medication that may be taking, could have an important interrelationship with the dentistry that you will be receiving.

Thank you for answering the following questions.

Si bien el personal odontológico trata principalmente el área en y alrededor de la boca, tu boca es una parte de su cuerpo entero. Problemas de salud que usted puede tener, o que los medicamentos puedan estar tomando, podría tener una interrelación importante con la odontología que usted va a recibir. Gracias por responder a las preguntas.

	YES/SI	NO		YES/SI	NO
1. Are you in good health/¿Estás en la buena salud?.....	☐	☐	10. Have you ever required a blood transfusion?/.....	☐	☐
2. Have there been any changes in your health.....	☐	☐	¿Alguna vez se solicitan a transfusion de sangre?		
within the past year/ ¿Ha habido cambios en cualquier salud en el ultimo ano?			11. Do you use tobacco? / ¿Utiliza tabaco?	☐	☐
3. Date of last physical exam/ Fecha de su último examen físico.....			If yes, how many per day? En caso afirmativo, ¿cuántos por día?		
4. Physician name/ Nombre de Doctor			12. Do you or have you used controlled substances?/.....	☐	☐
5. Physicia number/numero de Doctor.....			¿Tiene usted o has usado sustancias controladas?		
6. Have you ever been hospitalized for any.....	☐	☐	13. Do you have any disease, condition or problem.....	☐	☐
operation or serious illness/¿Alguna vez ha sido hospitalizado por cualquier intervencion sirugia o una enfermedad grave?			not listed above that you think i should know about?/¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema no mencionado, que cree que debo saber sobre su salud?		
Please explain/Por favor explique.....					
7. Are you taking any medicine(s) including.....	☐	☐	Women only/sólo para mujeres:		
non-prescription medicine?			Are you pregnant or think you may be pregnant?/.....	☐	☐
If so, what medicine(s) are you taking/¿Está tomando alguna medicina(s) incluidos los medicamentos prescritos si sí, que es la medicina(s) que esta tomando?			¿Está embarazada o cree que puede estar embarazad?		
8. Have you had any abnormal bleeding?/.....	☐	☐	Are you nursing?/¿Está de enfermería?	☐	☐
¿Ha tenido alguna sangrado anormal?			Are you taking birth control pills?/ ¿Está tomando.....	☐	☐
9. Do you bruise easily?/ ¿moretones con facilidad?	☐	☐	pastillas anticonceptivas?		
			Do you take Bone density Medicine?/	☐	☐
			¿Toma medicamentos de densidad ósea?		
Are you allergic to or have you had reactions to?/¿Es usted alérgico o ha tenido reacciones a?					
	YES/SI	NO		YES/SI	NO
Local anesthetics like novocaine/anestésicos locales.....	☐	☐	Aspirin/ Aspirina.....	☐	☐
como novocaína			Codeine or other narcotics/ codeína u otros narcóticos.....	☐	☐
Penicilin or other antibiotics /la penicilina o a otros	☐	☐	Latex/Rubber.....	☐	☐
Antibióticos			Iodine/yodo.....	☐	☐
Sulfa drugs/Sulfas.....	☐	☐			
Barbiturates, sedatives or sleeping pill/.....	☐	☐	Other (please list)/ otros (lista)		
barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir					
Do you have or have you ever had the following/¿tiene o ha tenido siempre lo siguiente:					
	YES/SI	NO		YES/SI	NO
Rheumatic heart disease or rheumatic fever/.....	☐	☐	Arthritis or rheumatism/ Artritis o reumatismo.....	☐	☐
reumática cardiopatía o reumatica fiebre			Joint placement or implant/.....	☐	☐
Scarlet fever/ escarlatina.....	☐	☐	Común o la colocación de implantes		
Heart defect or heart murmur/ defecto en el corazón.....	☐	☐	Kidney trouble/ Problemas renales.....	☐	☐
Heart trouble, heart attack, or angina/.....	☐	☐	Tuberculosis/ Tuberculosis.....	☐	☐
problemas de corazón, ataque cardiaco o angina de pecho			Persistent cough/ Tos persistente.....	☐	☐
Mitral valve prolapse/ Prolapso de la válvula mitral.....	☐	☐	Cough that produces blood/ Tos que produce sangre.....	☐	☐
Chest pain/ dolor de pecho.....	☐	☐	Chemotherapy &/or radation (cancer, leukemia)/	☐	☐
Shortness of breath/ falta de aliento.....	☐	☐	La quimioterapia y / o radioterapia (cáncer, leucemia)		
Pacemaker/ marcapasos.....	☐	☐	Sexually transmitted disease/ enfermedades de.....	☐	☐
Heart surgery/ cirugía cardiac.....	☐	☐	transmisión sexual		
High/low blood pressure/ alta / baja presión arterial.....	☐	☐	Epilepsy or seizures/ Epilepsia o convulsiones	☐	☐
Congenital heart problem/ congential problema de corazón.....	☐	☐	Anemia/ Anemia.....	☐	☐
Asthma/ asma.....	☐	☐	Tumors/ tumores.....	☐	☐
Fainting or dizzy spells/ El desmayarse o mareado delectrea	☐	☐	Mental health care/ de salud mental		
Diabetes/ Diabetes	☐	☐	Chemical dependency/ Dependencia de sustancias químicas.....	☐	☐
Aids or HIV infection/ El sida o la infección por el VIH.....	☐	☐	Cold sores/fever blisters/ herpes labial.....	☐	☐
History of Hepatitis, a, b, or c/Historia de la Hepatitis a, b o c.....	☐	☐	Hypoglycemia/ hipoglucemia.....	☐	☐
Thyroid problems/ Problemas de tiroides.....	☐	☐	Eating disorders/trastornos de la alimentación.....	☐	☐
Allergies/ Alergias.....	☐	☐			

Reason for this visit/ Motivo de la visita _____

When was your last dental visit? What was done then? / ¿Cuándo fue su última visita al dentista? ¿Qué se hizo entonces? _____

Previous Dentist (Name and Location)/ Dentista anterior (nombre y ubicación) _____

How often do you brush your teeth? / ¿Con qué frecuencia te cepillas los dientes? _____

How often do you floss your teeth? / ¿Con qué frecuencia usa el hilo denta? _____

Is your drinking water fluoridated? / ¿Es su agua potable fluorada? _____

	YES/ SI	NO
Have you had a complete series of dental films (x-rays) taken?/ ¿Ha tenido una serie completa de películas dentales (rayos X), adoptada cuando hay?	☐	☐
Do your gums bleed while brushing or flossing? / ¿Le sangran las encías al cepillarse o usar el hilo dental?	☐	☐
Are your teeth sensitive to hot or cold liquids/foods?/ ¿Son sus dientes sensibles a los bebidos caliente o frios/ alimentos?	☐	☐
Are your teeth sensitive to sweet or sour liquids/foods?/ ¿Sus dientes sensibles a líquidos dulce o agrio / alimentos?	☐	☐
Do you feel pain to any of your teeth?/ ¿Siente dolor en alguno de sus dientes?	☐	☐
Do you have any sores or lumps in or near your mouth? / ¿Tiene alguna herida o bultos en o cerca de su boca?	☐	☐
Have you had any head, neck or jaw injuries? / ¿Ha tenido alguna cabeza, el cuello o lesiones de mandíbula?	☐	☐

Have you ever experienced any of the following problems in your jaw?/ ¿Alguna vez ha experimentado alguno de los siguientes problemas en la mandíbula?

	YES/ SI	NO
Clicking/ ruido.....	☐	☐
Pain (Joint, Ear, Side of Face)/ Dolor (Mixto, de oído, lado de la cara)	☐	☐
Difficulty in opening or closing/ Dificultad en la apertura o la cerrar	☐	☐
Difficulty in chewing/ Dificultad para masticar.....	☐	☐

	YES/ SI	NO
Do you have frequent headaches? / ¿Tiene dolor de cabeza frecuentes?	☐	☐
Do you clench or grind your teeth?/ ¿Aprieta o rechinar los dientes?	☐	☐
Do you bite your lips or cheeks frequently? / ¿No se muerde los labios o las mejillas con frecuencia?	☐	☐
Have you noticed any loosening of your teeth? / ¿Ha notado algún aflojamiento de los dientes?	☐	☐
Does food tend to become caught between your teeth? / ¿Los alimentos tiende a ser atrapada entre sus dientes?	☐	☐
Have you ever had periodontal treatment (gums)? / ¿Alguna vez ha recibido tratamiento periodontal (de las encías)?	☐	☐
Ever worn a bite plate or other appliance? / ¿Usado alguna vez una placa de mordida o otro aparato?	☐	☐
Have you ever had any difficult extractions in the past? / ¿Alguna vez has tenido alguna extracciones difíciles en el pasado?	☐	☐
Have you ever had any prolonged bleeding following extractions? /..... ¿Alguna vez ha tenido algún sangrado prolongado después de una extracción?	☐	☐
Do you wear dentures or partials? /¿Usa prótesis dentales o parciales?	☐	☐
If yes, date of placement/En caso afirmativo, fecha de la colocación _____		
Have you ever received oral hygiene instructions regarding the care of your teeth and gums? /..... ¿Ha recibido instrucciones de higiene oral en relación con el cuidado de sus dientes y encías?	☐	☐
If you could change anything about your smile, what would it be? / Si pudieras cambiar algo de tu sonrisa, ¿qué sería?		

Patient Signature _____ Date _____

Doctor's Comments

Dentist Signature _____