

JOHN N. BRIDGER, D.D.S., FAMILY & SEDATION DENTISTRY

REGISTRATION

Today's Date: ___/___/___

Last Name _____ First _____ MI _____

Social Security No. _____ Birthdate _____ Married ___ Single ___ Other ___

Address _____ City _____ St. _____ Zip Code _____

Home phone _____ Work phone _____ Cell Phone _____

Email address _____ Driver License state/# _____

Preferred Contact: Cell Home Work Email

Emergency Contact _____ Relationship _____ Contact
Number _____

Employed by _____ City _____ St. _____ Zip Code _____

Occupation _____ How Long Held? _____

Spouse's/Partner's last name _____ First _____ MI _____

Spouse's/partner's Social Security No. _____ Birthdate _____ Work Phone _____

Employer _____ Position _____ Cell Phone _____

Responsible Party Information: Name _____

Social Security No. _____ Birthdate _____ Married ___ Single ___ Other ___

Address _____ City _____ St. _____ Zip Code _____

Home phone _____ Work phone _____ Cell Phone _____

Email address _____ Driver License ST/# _____

Primary Insurance

Insurance Co _____
 Insured's Name _____
 Social Security Number _____
 Policy Number _____
 Group Number _____
 Self Spouse Child Other
 Insured's Employer _____
 Insured's DOB _____

Secondary Insurance

Insurance Co _____
 Insured's Name _____
 Social Security Number _____
 Policy Number _____
 Group Number _____
 Self Spouse Child Other
 Insured's Employer _____
 Insured's DOB _____

How did you hear about us: Google /internet Family _____ Friend _____
 Employer Insurance Co Other _____

DENTAL HISTORY

The Reason for your visit? _____
 Are you having any discomfort at this time? _____ How long since you have been to a dentist? _____
 How do you feel about your teeth? _____
 Do you want a short term fix or long term care? _____
 What are your five year goals for your mouth? _____
 Do you have any fear of having dentistry done? _____ If yes why? _____
 Have you lost any teeth? _____ Why? _____ Any complications with extractions? _____
 Have they been replaced by?: A Fixed Bridge _____ Partial _____ Denture _____ Implants _____
 Are your teeth sensitive to heat? _____ to cold? _____ to sweets? _____ to biting? _____ spontaneous pain? _____
 How often & long do you brush? _____ How often do you floss? _____ Bad breath? _____
 Have you had orthodontics? _____ When? _____ Wear retainers? _____
 Have you been treated for gum disease? _____ Do you have bleeding gums? _____
 Have you been treated for TMD? _____ Do you wear a night guard? _____ Do you grind your teeth? _____
 Any pain in or around your ears? _____ Do you hear popping, clicking or snapping when you chew? _____

MEDICAL HISTORY

Physician's name _____ Telephone _____ Date of last physical exam ____/____/____

Please indicate with a check mark if you have or have had any of the following:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Low/high blood pressure Normal BP ____/____ | <input type="checkbox"/> Allergies to anesthetics |
| <input type="checkbox"/> Circulatory problems | <input type="checkbox"/> Allergies to latex |
| <input type="checkbox"/> Shortness of breath | <input type="checkbox"/> Allergies to medicines or drugs, list: |
| <input type="checkbox"/> Stroke | |
| _____ | |
| <input type="checkbox"/> Heart attack/chest pains | |
| _____ | |
| <input type="checkbox"/> Heart bypass/artificial valve list: | <input type="checkbox"/> What medicines or drugs you are taking: |
| <input type="checkbox"/> Mitral valve prolapse | |
| _____ | |
| <input type="checkbox"/> Rheumatic fever | |
| _____ | |
| <input type="checkbox"/> Heart murmur | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> On blood thinner, What? _____ | <input type="checkbox"/> Tonsillitis |
| <input type="checkbox"/> Excessive bleeding | <input type="checkbox"/> Sinus problems |

- Anemia
- Ulcer
- Arthritis
- Diabetes
- Hepatitis
- Nervous problems
- Psychiatric care/Depression
- Pregnant? If so, when due? _____
- High Cholesterol

- Tuberculosis
- Artificial joint
- Malignancies
- Radiation/chemotherapy treatments
- Venereal disease/herpes
- HIV/AIDS
- Kidney disease
- Glaucoma Prostate problems
- Migraines

Any current treatment or any other medical/dental information that may possibly affect your dental treatment? _____

I understand that office visit charges are payable on the day service is rendered. I authorize John N Bridger DDS, INC to bill my insurance company. Regardless of insurance coverage, I am responsible for all bills being paid in a timely manner.

I understand that my contract is between John Bridger DDS, INC and myself.

If under 18 years old, print name of parent/guardian

Signature of patient/parent/guardian

Date

SMILE EVALUATION

Name _____ Today's Date ___/___/___ **LOOK AT YOUR SMILE IN A MIRROR**

- Are you unhappy with any aspect of your smile? Yes ___ No ___
- Do you like the color of your teeth? Yes ___ No ___
- Do you have spaces between your teeth that bother you? Yes ___ No ___

- Do you have any crooked or crowded teeth that bother you? Yes ___ No ___
- Do you feel that your teeth are protruding or receding? Yes ___ No ___
- Do you have any broken or chipped teeth that bother you? Yes ___ No ___
- Do you like the size or shape of your teeth? Yes ___ No ___
- Do you have old fillings or dental work that are unsightly? Yes ___ No ___
- Do you show too much gum when you smile? Yes ___ No ___
- Are your gums uneven? Yes ___ No ___
- What would you like to change about your smile?

Notes: _____

DENTAL HISTORY

- How many times have you had your teeth cleaned in the last five years? _____
- Have you ever had periodontal (gum) treatment? Yes ___ No ___
- Orthodontic (braces) treatment? Yes ___ No ___
- Have you ever experienced any of the following?:
 - bleeding or swelling gums ___ pus around your teeth ___ bad breath or bad taste ___
 - receding gums ___ loose teeth ___ food packing between teeth ___
 - drifting teeth ___ high fillings ___ rough fillings ___
- Do you grind your teeth or have "TMJ" or "TMD" problems? Yes ___ No ___
- Do you have chronic headaches? Yes ___ No ___
- Does your jaw click or pop when chewing or talking? Yes ___ No ___
- Do you wear a night guard? Yes ___ No ___
- Do you have any other dental issues you would like us to examine?

John N Bridger, D.D.S
Sedation, Family, & Cosmetic Dentistry

John N. Bridger D.D.S., Inc.
Financial & Insurance Policies

To provide better service and keep administrative costs and thereby dental fees down, the following financial policies have been established. Please read them carefully. Our staff would be happy to answer any questions.

Dental Insurance: As a patient, you are responsible for providing accurate and complete insurance information. Your dental insurance is a contract between you and your insurance company. We offer a courtesy to our patients by accepting assignment of dental insurance benefits after eligibility has been established. "Estimated" insurance payment is the portion of the fee that your insurance provider should pay. It is estimated by us based on the payment history of your insurance plan. **Our office cannot be liable for any disputes between you and your insurance company regarding deductibles, non-covered charges, co-insurance, secondary insurance, coordination of benefits, pre-existing conditions, or "reasonable and customary" charges other than to supply factual information as needed.** Each plan has different fees that are negotiated between your employer and your carrier. We also are not aware of previous claims that may have been paid or are pending to another dental provider during the current calendar year.

All fees, even those on which we take assignment, are due and payable by you sixty days after they are incurred, even if insurance has only paid a portion or made no payment at all for any reason. You are responsible for timely payment of your account.

We offer financing through Care Credit & Lending Club. You can apply in our office or online and get immediate results today!

We will not be held responsible for patients that are not aware that they have a DHMO insurance plan and not a PPO. WE DO NOT ACCEPT DHMO INSURANCE.

I have read, understand and agree to this Financial & Insurance Policy:

Name: _____ Date: _____

Appointment Scheduling Policy

We make every effort to schedule your appointment at a time that is perfect for you. We see only one patient at a time and try to estimate adequate time for your procedure.

The time for your next appointment has been reserved specifically for you. If you find that you are unable to keep your scheduled appointment will you kindly give us a minimum of **48 hours notice**. And 96 hour notice for sedation appointments.

All scheduling changes **must** be handled during normal business hours. For less than 24 hour notification or no show you will be charged of \$65.00 for hygiene appointments and \$75.00 per every hour of reserved doctor time.

I have read the above and agree to the terms:

Patient Name

Date

John N. Bridger D.D.S.
West Houston Dental Implant Center
3400 S. Gessner Ste. 101
Houston, TX 77063
713.266.2244
713.266.8956 (fax)

**ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
(HIPPA)**

You May Refuse to Sign This Acknowledgement

I, _____, have received a copy of this office's Notice of Privacy Practices.

Print Name

Signature

Date

For Office Use Only

We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
 - Communications barriers prohibited obtaining the acknowledgement
 - An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
 - Other (please specify)
-

John N. Bridger, DDS Odontología, Familia y sedación

Nombre _____ Apellido _____

No. de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Soltero ___ Casado ___ Otro ___

Dirección _____ Ciudad _____ No. _____ Código postal _____

Teléfono Casa _____ Teléfono Trabajo _____ Celular _____

Correo electrónico _____ Licencia de Manejo Estado/ # _____

Trabaja para _____ Ciudad _____ No. _____ Código postal

Puesto _____ ¿Desde hace cuanto tiempo trabaja allí? _____

Cónyuge / pareja

Nombre _____ Apellido _____

No. de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Teléfono Trabajo _____

Trabaja para _____ Puesto _____ Teléfono

Celular _____

Información de la persona responsable:

Nombre _____ Apellido _____

No. de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

Soltero ___ Casado ___ Otro ___

Dirección _____ Ciudad _____ No. _____ Código postal _____

Teléfono Casa _____ Teléfono Trabajo _____ Celular _____

Correo electrónico _____ Licencia de Manejo Estado/ # _____

Seguro Dental Por: _____ No. de Póliza de Seguro Dental _____

Teléfono del proveedor de seguro _____

Parte Responsable _____

Referido por: _____

Historia Dental

¿Por qué está aquí? _____

¿Tiene alguna molestia en este momento? _____

¿Cómo se siente acerca de sus dientes?

¿Quieres una solución a corto plazo o el cuidado a largo plazo?

¿Qué objetivo tiene para su boca en sus próximos 5 años?

¿Tiene algún temor a los tratamiento dentales? ____ Si Sí, ¿por qué?

¿Ha perdido algún diente? ____ ¿Por que? _____ ¿Tuvo alguna complicación con la extracción? _____

Han sido reemplazados por: un puente _____ Parcial _____ Dentaduras _____ Implantes _____

¿Son sus dientes sensibles al calor? ___ al Frío? ___ a Dulces? ___ al Morder? ___ Dolor espontaneo? _____

¿Con qué frecuencia y plazo se cepilla? _____ ¿Con qué frecuencia usa hilo dental? _____

¿Tiene mal Aliento? _____

¿Ha tenido la ortodoncia? ____ Cuando? ¿Usa Retenedores? _____

¿Ha recibido tratamiento para la enfermedad de las encías? _____ ¿Le sangran las encías? _____

¿Ha recibido tratamiento para el síndrome TMJ? ____ ¿Usted usa un guarda en la noche? ____ ¿Le rechinan los dientes? ____

¿Tiene cualquier dolor en o alrededor de las orejas? ____ ¿Oye ruidos o clics al masticar? ____

Historia Médica

Nombre del doctor _____ Telefono _____ Fecha de su ultimo examen físico _____

Por favor indique con una marca si tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

__ Úlcera

__ Artritis

__ Diabetes

__ Hepatitis

__ Problemas nerviosos

__ Atención psiquiátrica

__ ¿Embarazada? ¿Fecha de parto estimada? _____

__ Alergias a los anestésicos

__ Alergias al látex ____

__ Presion arterial Baja / alta / normal

__ Problemas circulatorios

__ Dificultad para respirar

__ Apoplejía

__ Infarto de miocardio / dolor en el pecho

__ Corazón bypass / válvula artificial

__ Prolapso de la válvula mitral

__ La fiebre reumática

__ Alergias a medicamentos o drogas, liste:

- Articulación artificial
- Malignidades
- Radiación ___ / tratamientos quimioterapia
- Enfermedad venérea / herpes
- VIH / SIDA
- La enfermedad renal
- Glaucoma ___ Problemas de próstata
- Asma
- Toma diluyentes de la sangre, ¿Cuáles? _____
- Sangrado excesivo
- Anemia
- La amigdalitis
- Problemas de sinusitis
- Tuberculosis
- Soplo cardíaco

¿Qué medicamentos o fármacos está tomando, indique:

Cualquier tratamiento actual o cualquier otro tipo de información médica / dental que posiblemente pueden afectar su tratamiento dental:

Si tiene menos de 18 años de edad, escriba el nombre del padre / tutor

Firma del paciente

Fecha / padre / tutor

—

Evaluación Sonrisa

Fecha _____ Nombre _____ Edad _____

Mantenga un espejo la cara llena de unos 12 centímetros de su cara bajo una luz brillante. Sonríe para mostrar sus dientes. Tómese el tiempo para observar los dientes y las encías con cuidado. Luego contesta las siguientes preguntas. Sus respuestas nos permitirá diseñar un plan de mejora sonrisa que le ayudarán a obtener la sonrisa que siempre has querido. También podemos mostrarle en la computadora una imagen de su sonrisa para que vea que es posible antes de que comience el tratamiento.

¿Le gusta la apariencia de sus dientes o su sonrisa en general? ____ Si ____ No

Si no, ¿por qué no? _____

¿Te gusta el color de tus dientes? ____ Si ____ No

Si no, ¿por qué no? _____

¿Tiene espacios entre los dientes que usted le molestan? ____ Si ____ No

Si es así, algun comentario? _____

Si sus dientes están torcidos o apiñados, ¿eso te molesta? ____ Si ____ No

Si es así, algun comentario? _____

¿Usted siente que sus dientes sobresalen o se meten? ____ Si ____ No

Si es así, algun comentario? _____

¿Tiene algún diente roto o astillado que le molesta? ____ Si ____ No

Si es así, algun comentario? _____

¿Le gusta el tamaño o la forma de sus dientes? ____ Si ____ No

Si es así, algún comentario? _____

¿Tiene dientes/muelas tapadas viejos, o trabajos dentales que ahora son feos? ____ Si ____ No

Si es así, algún comentario? _____

¿Muestra demasiado la encías cuando sonrío? ____ Si ____ No

¿Le molesta? ____ Si ____ No

¿Sus encías son desigual? ____ Si ____ No

¿Le molesta? ____ Si ____ No

¿Cuál es la preocupación inmediata para su atención dental? _____

¿Cuál es su preocupación a largo plazo para su cuidado dental? _____

Si su sonrisa se mejora, se sentiría más seguro? ____ Si ____ No

En caso afirmativo, ¿cómo? _____

¿Qué le gustaría cambiar en el aspecto de sus dientes y su sonrisa? _____

¿Hay algo que le preocupa sobre el tratamiento cosmético de los dientes o las encías? ____ Si ____ No

¿Cuántas veces has tenido una limpieza dental en los últimos cinco años? _____

¿Alguna vez has tenido cuidado periodontal? ____ Si ____ No

¿Ortodoncia? ____ Si ____ No

¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes?

sangrado hinchazón o pus encías alrededor de los dientes mal aliento o mal sabor
 retroceso de encías dientes flojos comida entre los dientes de embalaje
 espacios entre dientes dientes fuera de lugar high or rough fillings

¿Rechina los dientes o tienen problemas de "TMJ"? Si No

¿Tiene dolores de cabeza crónicos? Si No

¿Su mandíbula hace clic o pop al masticar o hablar? Si No

¿Usa un protector de la noche? Si No

En general, ¿cómo te sientes acerca de tu sonrisa, y cómo le gustaría que sus dientes se vean?

John N. Bridger, D.D.S.,

Implantes Estética y Odontología General