



PLEASE RETURN APPLICATION TO: COI Dental Program
865 NW Reiman Avenue
Corvallis, OR 97330-6177

DENTAL SERVICES APPLICATION
SOLICITUD DE SERVICIOS DENTALES

Date _____
Fecha

Name of Patient _____ **Birthdate** _____ **AGE** _____ **SEX: M F**
Nombre del Paciente *Fecha de Nacimiento* *Edad* *Sexo*

Address _____ **City** _____ **Zip Code** _____
Dirección *Ciudad* *Código Postal*

Home Phone _____ **Other Number (Work/Cell)** _____
Teléfono *Número De Teléfono Del Trabajo o Móvil*

E-mail (optional) _____
Correo electrónico (opcional)

Have you been seen in the Community Outreach Inc. Dental Program before?.....Yes / No
¿Ha utilizado los servicios dentales de COI anteriormente?

FINANCIAL QUESTIONS
PREGUNTAS FINANCIERAS

Do you have dental insurance (including private, OHP, Medicaid)?.....Yes / No
¿Tiene aseguranza dental?

Are you eligible for Oregon Health Plan?.....Yes / No
¿Es elegible para Plan Medico de Oregon?

What is the size of your family? _____
¿Cuántas personas hay en su familia?

What is your total household income before taxes—Monthly? (Complete the following table).....
¿Cuál es su ingreso familiar antes de los impuestos—Mensual? (Completa la tabla)

<i>INCOME SOURCE</i> Fuente salarial	<i>MONTHLY INCOME</i> Ingresos mensuales
Income (self) <i>Ingresos de cliente</i>	
Income (other household members) <i>Ingresos de otras personas que viven con usted</i>	
AFS/TANF or General Assistance (Welfare) <i>AFS/TANF o Asistencia General</i>	
Cash (from any source) <i>Dinero en efectivo de alguna fuente</i>	
Social Security Benefits <i>Beneficios de Seguro Social</i>	
SSI/SSD – Disability <i>Ingresos de incapacidad (de trabajo)</i>	
Pension/Veterans (circle) <i>Pensión/Veterano (circule)</i>	
Alimony/Child Support (circle) <i>Pensión por divorcio/Pensión por los niños (circule)</i>	
Worker’s Compensation <i>Compensación de trabajo</i>	
Unemployment <i>Desempleo</i>	
Food Stamps/WIC <i>Estampillas de comida/WIC</i>	
Parental or Relative Support <i>Ayuda económica de los padres u otros familiares</i>	
Other(s) <i>Otro(s)</i>	
TOTAL INCOME <i>INGRESO TOTAL</i>	\$ _____



Medical Clinic

DENTAL CONDITION
ESTADO DENTAL

1. Describe your problem (Be specific please).

Describe el problema que tiene su diente.

Three horizontal lines for writing the patient's description of their dental problem.

2. Do you have swelling or puss drainage around the tooth?..... Yes No

¿Tiene inflamación pronunciada en el área del diente?

Do you have swelling of the face or neck?..... Yes No

¿Tiene inflamación en la cara o cuello?

Do you have broken or fractured teeth?..... Yes No

¿Tiene dientes quebrados?

Do you have missing fillings or crowns?..... Yes No

¿Tiene empastes o coronas que faltan?

Do you have holes or black spots on or between the teeth?..... Yes No

¿Tiene hoyos o manchas negras en o en medio de los dientes?

3. Are you in pain?..... Yes No

¿Tiene dolor ahora?

On a scale of 1 to 10, how badly does your tooth hurt?.....

En escala del 1 al 10, ¿cuánto le duele su diente?

Are you losing sleep because of the pain?..... Yes No

¿Esta dejando de dormir a causa del dolor?

Does your tooth hurt with.....Cold? / Hot? / Sweets? / Chewing?

¿Le duele su diente con:

Frío? Caliente? Dulces? Masticando?

4. Have you seen a doctor or dentist for this problem?..... Yes No

¿Ha ido al dentista con este problema anteriormente?

When?.....

¿Cuándo?

Where?.....

¿Dónde?

Did you receive antibiotics or pain medication because of your tooth?..... Yes No

¿Le dieron antibióticos o analgésicos (medicina para dolor) por causa de su diente?

5. When was your last dental visit? [] Less than a year [] 1-3 years [] 4-5 years [] More than 5 years

¿Cuándo fue su última visita al dentista? Menos de un año 1-3 años 4-5 años Más de 5 años

Community Outreach Inc. Dental Program
 Patient Information Form/*Formulario de Información del Paciente*

MEDICAL UPDATES/ REVISION DE LA INFORMACIÓN MÉDICA

I have read my Medical History dated _____ and confirm that it adequately states past and present conditions.

Yo he leído mi historia médica/ fecha _____ y confirmo que es adecuadamente específica a las condiciones pasadas y presentes.

Date/ Fecha	Exceptions/ Excepciones		Patient's signature/ Firma del paciente	B.P.	Reviewed by
_____	_____	θ None	_____	____/____	
_____	_____	θ None	_____	____/____	
_____	_____	θ None	_____	____/____	

DENTAL HISTORY/ HISTORIA DENTAL

Current dental needs/*Necesidad dental actual:*

Yes/Sí No/No check, marcar)

θ θ Have you seen a dentist for the current dental need?/ *¿Ha visto a un dentista para esta necesidad dental?*

Name of dentist/ *Nombre del dentista:* _____

Date/ *Fecha:* _____ Were X-rays done?/ *¿Le tomaron radiografías?:* Yes/Sí θ No/No θ

Last cleaning?/ *¿Última limpieza dental?:* _____

MEDICAL HISTORY/HISTORIA MÉDICA

Medical doctor's name/ *Nombre de su doctor:* _____

Yes/Sí No/No check, marcar)

θ θ 1. Are you sick now?/ *¿Está enfermo ahora?*
 If yes, explain/ *De ser así, explique:* _____

θ θ 2. Are you taking medications, pills, or drugs?/ *¿Está tomando medicinas, pastillas o drogas?*
 What?/ *¿Cuál?:* _____

θ θ 3. Have you had a reaction to any drug? If yes, what drug(s)?/ *¿Ha tenido reacción con alguna medicina? ¿Qué clase de medicina?:* _____
 Describe the reaction/ *Describe la reacción:* _____

θ θ 4. Latex allergy? Describe reaction/ *¿Alergias al latex? Describe la reacción:* _____

θ θ 5. Other allergies? To what?/ *¿Otras alergias? ¿Ha qué?:* _____

θ θ 6. Do you smoke? How much daily?/ *¿Fuma? ¿Cuántas veces al día?:* _____

Women/Para las mujeres check, marcar):

Yes/Sí No/No

θ θ 1. Are you pregnant?/ *¿Está embarazada?*

θ θ 2. Are you breast feeding?/ *¿Está dando pecho?*

θ θ 3. Are you taking birth control pills?/ *¿Está tomando píldoras anticonceptivas?*

Community Outreach Inc. Dental Program
Patient Information Form/*Formulario de Información del Paciente*

MEDICAL HISTORY/HISTORIA MÉDICA

Please check yes or no if you now have, or have had, any of the following/ *Favor de marcar con una palomita sí o no tiene o alguna vez ha tenido algo de lo siguiente:*

Yes/Sí	No/No		Yes/Sí	No/No	
0	0	Heart Attack/ <i>Ataque al Corazón</i>	0	0	Asthma or Shortness of Breath/ <i>Asma o Dificultad para Respira</i>
0	0	Heart Disease/ <i>Enfermedades del Corazón</i>	0	0	Lung Disease/ <i>Enfermedades del Pulmón</i>
0	0	Chest Pain/ <i>Dolor de Pecho</i>	0	0	Tuberculosis/ <i>Tuberculosis</i>
0	0	Heart Murmur/ <i>Soplo en el Corazón</i>	0	0	Liver Disease/ <i>Enfermedades del Hígado</i>
0	0	Stroke/ <i>Apoplejia</i>	0	0	Hepatitis/ <i>Hepatitis</i>
0	0	High Blood Pressure/ <i>Presión Alta</i>	0	0	Glaucoma/ <i>Glaucoma</i>
0	0	Blood Problems: Anemia or Blood Clots/ <i>Problemas de la Sangre: Anaemia o Coagulos de Sangre</i>	0	0	Kidney Problems/ <i>Enfermedades del Riñón</i>
0	0	Hemophilia/ <i>Hemofilia</i>	0	0	Thyroid Disease/ <i>Enfermedades del Tiroides</i>
0	0	AIDS or HIV/ <i>VIH o SIDA</i>	0	0	Ulcers/ <i>Ulceras</i>
0	0	Fainting or Dizziness/ <i>Mareos o Desmayos</i>	0	0	Rheumatic Fever/ <i>Fiebre Reumática</i>
0	0	Diabetes/ <i>Diabetes</i>	0	0	Epilepsy or Seizures/ <i>Epilepsia o Convulsiones</i>
0	0	Arthritis/ <i>Artritis</i>	0	0	Cancer or Tumor/ <i>Cáncer o Tumor</i>
0	0	Joint or Organ Implants/ <i>Implante de Algún Organo</i>	0	0	Chemotherapy/ <i>Quimioterapia</i>
0	0	Psychiatric Care or Medications/ <i>Tratamiento Psiquiátrico o Medicaciones Psiquiátricas</i>	0	0	X-ray or Radiology Treatment/ <i>Tratamiento Rayos</i>
			0	0	Surgeries/ <i>Operaciones</i>

If you have ever had any other serious illness not circled above, please describe in detail./ *Si ha tenido alguna otra enfermedad no descripta en la parte de arriba, por favor describala con detalle:* _____

To the best of my knowledge, the questions on this form have been accurately answered. I understand that providing incorrect information can be dangerous to my health. It is my responsibility to inform the dental office of any changes my medical status.

Las preguntas en este formulario han sido contestadas con el mejor de mis conocimientos. Yo entiendo que el dar información incorrecta puede ser dañino para mi salud. Es mi responsabilidad informar a esta oficina dental de cualquier cambio en mi situación médica.

Patient Signature/ *Firma del Paciente* X _____ Date: _____
(Parent or guardian/ *Padre o encargado legal*)

CLINIC STAFF ONLY: Medical history reviewed by: _____ Date: _____ B.P. ____/____

Community Outreach Inc. Dental Program
Patient Information Form/*Formulario de Información del Paciente*

Patient Service Agreement

I understand that the Community Outreach Inc. Dental Program provides only basic dental services: evaluation/exam, x-rays (as needed), and simple treatment for pain and decay in the form of fillings or extractions. **We require a \$30 advance non-refundable scheduling fee for each dental clinic.** I understand that Community Outreach Inc. Dental Program does not provide complex or cosmetic dental services, including, but not limited to:

root canals	periodontia	oral surgery
crowns, caps, or inlays	orthodontia	dental implants or reconstruction
bridges	partial or complete dentures	

If I am interested in these services, I understand that Community Outreach Inc. Dental Program staff will try to offer referrals, but I **assume responsibility** for working with the dental provider and **for the cost** of all services I receive from that provider.

I understand that the dentists and assistants at the Community Outreach Inc. Dental Program clinics are volunteers and that any staff at a Community Outreach Inc. Dental Program eligibility screening or clinics has the right to deny services based on behavior, medical risk, or when dental care desired exceeds services provided by the Community Outreach Inc. Dental Program.

I understand that my options for care following the dental clinic for which I am scheduled are as follow:

- 1) To be seen, at my own expense, in an urgent care facility or hospital emergency room, or
- 2) To contact, by phone, Community Outreach Inc. at (541) 758-3000 with my questions and concerns.

I understand that the dentist(s) providing the dental services is doing so without receiving payment directly from the patients being served. I understand and agree that the dentist is not liable for any injury, death, or other loss arising out of giving me these health care services unless the injury, death, or other loss is caused by my doctor's gross negligence. _____ **Initial.**

I will keep Community Outreach Inc. Dental Program appointments scheduled for me and I will cancel at least 24 hours prior to my appointment if I will be unable to keep an appointment. If I fail to keep an appointment without proper cancellation, I understand that Community Outreach Inc. Dental Program will no longer serve me.

Patient Signature (parent or guardian) X _____ **Date:** _____

Acuerdo de Servicio del Paciente

Yo entiendo que el programa dental Community Outreach Inc. solo proporciona servicios dentales básicos: evaluación/examen, rayos x (cuando se necesiten) y tratamientos sencillos para el dolor y picaduras en la forma de rellenos y extracciones. **Pedimos un pago de \$30 para cada cita.** Yo entiendo que el programa dental Community Outreach Inc. no proporciona servicios complejos o servicios cosmeticos dentales, incluyendo pero se limitan a:

endodoncias	perodontia	cirugia oral (incluyendo extracciones complejas)
coronas, capas, o incrustaciones	ortodontia	implantes dentales o reconstrucción
puentes	dentaduras parciales/completas	

Si estoy interesado en estos servicios y entiendo que el personal del programa dental Community Outreach Inc. tratará de ofrecer referencias, pero yo **asumo la responsabilidad** de trabajar con el proveedor de servicios dentales **para arreglar el costo** de los servicios que recibo.

Yo entiendo que el dentista y los asistentes del programa dental Community Outreach Inc. son voluntaries y que el personal del programa dental Community Outreach Inc. al verificar los requisitos de elegibilidad tiene el derecho de negar servicios basado en conducta, riesgo médico o cuando los deseos de atención médica exedan los servicios proporcionados por el programa dental Community Outreach Inc.

Yo entiendo que las opciones para tratamiento después de la clinica dental para la que estoy apuntado son las siguientes:

- 1) Ser visto, a mi propio costo, en una facilidad de cuidado inmediato o departamento de emergencia de un hospital, o
- 2) Ponerme en contacto, por teléfono, con Community Outreach Inc. al (541) 758-3000 con mis preguntas y preocupaciones.

Yo entiendo que el dentista que esta proporcionando los servicios dentales no reciba un pago directo de los pacientes. Yo entiendo y consento que el dentista no es responsable de herida, muerte, u otra pérdida como consecuencia de los servicios dentales a menos que la herida, muerte, u otra pérdida es una causa de la negligencia grave del dentista. _____ **Initiales.**

Yo mantendré mis citas con el programa dental Community Outreach Inc. y cancelaré al menos con 24 horas de anticipación cuando no pueda ir a mi cita. Si fallo de mantener una cita sin la cancelación adecuada, yo entiendo que el programa dental Community Outreach Inc. ya no me ayudará.

Firma del Paciente (padre o guradian) X _____ **Fecha:** _____