

# REGISTRO E HISTORIAL ODONTOLÓGICO

## 1 INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha \_\_\_\_\_

SS/HIC/ID Paciente \_\_\_\_\_

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Primer nombre Inicial del segundo nombre

Domicilio \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Sexo  M  F Edad \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Casado  Viudo  Soltero  Menor

Separado  Divorciado  En pareja durante \_\_\_\_\_ años

Empleador/Escuela del paciente \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Domicilio del empleador/escuela \_\_\_\_\_

Teléfono del empleador/escuela (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Empleador del cónyuge \_\_\_\_\_

¿A quién podemos agradecer su referencia? \_\_\_\_\_

## 2 SEGURO ODONTOLÓGICO

¿Quién es responsable de esta cuenta? \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_

¿El paciente está cubierto por algún seguro adicional?  Sí  No

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Compañía de seguros \_\_\_\_\_

Grupo # \_\_\_\_\_

### CESIÓN Y DIVULGACIÓN

Certifico que yo y/o mi(s) persona(s) a cargo contamos con cobertura de seguro de \_\_\_\_\_ y cedemos directamente al  
 Nombre de la(s) Compañía(s) de Seguros

Dr. \_\_\_\_\_ todos los beneficios del seguro, si los hubiere, de otro modo pagaderos a mí por servicios prestados. Comprendo que soy responsable desde el punto de vista financiero por todos los cargos, sean o no pagados por el seguro. Autorizo el uso de mi firma en todos los documentos del seguro.

El dentista arriba mencionado puede utilizar mi información sobre atención de salud y puede divulgar dicha información a la(s) Compañía(s) de Seguros arriba mencionadas y sus agentes con el fin de obtener el pago de los servicios y determinar los beneficios del seguro pagaderos por servicios relacionados. Este consentimiento terminará cuando se complete mi plan de tratamiento actual o un año después de la fecha de suscripción a continuación.

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

\_\_\_\_\_  
 Indicar nombre del paciente, padre/madre, tutor o representante personal

\_\_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Relación con el paciente

## 3 NÚMEROS DE TELÉFONO

Primario (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Otro telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Primario del Cónyuge (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Mejor momento y lugar para contactarlo \_\_\_\_\_

**EN CASO DE EMERGENCIA, COMUNICARSE CON (Especificar alguien que no viva en su hogar.)**

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Primario (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Otro telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## 4 HISTORIAL ODONTOLÓGICO

|   |   |  |
|---|---|--|
| Motivo de la visita de hoy _____  | Ardor en la lengua <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                      | Sequedad de boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                   |
| _____   | Masticación en un lado de la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No       | Dolor en la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                   |
| Dentista Anterior _____   | Fumar cigarrillo, pipa o cigarro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No        | Tratamiento de ortodoncia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No          |
| Ciudad/Estado _____   | Chasquido o crujido mandibular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No          | Dolor alrededor del oído <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No           |
| Fecha de la última consulta odontológica _____                                    | Sequedad de boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                        | Tratamiento periodontológico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No       |
| Fecha de últimos rayos X odontológicos _____                                      | Comerse las uñas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                        | Sensibilidad al frío <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No               |
| Marcar "sí" o "no" para indicar si experimentó:                                   | Acumulación de comida entre los dientes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sensibilidad al calor <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No              |
| Mal aliento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No               | Objetos extraños <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                        | Sensibilidad a lo dulce <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No            |
| Sangrado de encías <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No        | Rechinar de dientes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                     | Sensibilidad al morder <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No             |
| Ampollas en labios o boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Encías hinchadas o sensibles <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No            | Llagas o protuberancias en la boca <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|   | Dolor o cansancio mandibular <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No            | ¿Con qué frecuencia utiliza hilo dental? _____   |
|   | Morderse los labios o las mejillas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No      | ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____  |
|   | Dientes flojos o empastes rotos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No         |  |

# 5

## HISTORIAL DE SALUD

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Fecha de la última consulta \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tomado alguno de los fármacos del grupo denominado en inglés "fen-phen"? Esto incluye combinaciones de Ionimin, Adipex, Fastin (nombres comerciales de la fentermina), Pondimin (fenfluramina) y Redux (dexfenfluramina).  Sí  No

¿Usted está tomando (o ha tomado) medicación de bisfosfonatos (recetado para prevenir o tratar osteoporosis)? Nombres comerciales de bisfosfonatos incluyen Fosamax, Actonel, Atelvia y Boniva (tomados en forma de pastilla) Otros medicamentos incluyen Aredia, Bonefos, Didronel y Zometa, cuales a veces son administradas por inyección, y pueden ser recetados para terapia contra el cáncer para reducir el dolor de los huesos.  Sí  No

Marcar "sí" o "no" para indicar si ha tenido:

|  |   |                            |   |                                   |   |
|--|---|----------------------------|---|-----------------------------------|---|
| SIDA/VIH   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Epilepsia                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad respiratoria           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Anemia   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Desmayos o mareos          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre reumática                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Artritis, reumatismo                               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Glaucoma                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Fiebre escarlata                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Válvulas cardiacas artificiales                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolores de cabeza          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dificultad para respirar          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Articulaciones artificiales                        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Soplo cardiaco             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Sinusitis                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Asma   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas cardiacos        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Erupción cutánea                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas lumbares                                 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hepatitis tipo _____       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dieta especial                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Sangrado anormal en caso de extracciones o cirugía | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Herpes                     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Apoplejía                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad sanguínea                               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión sanguínea alta     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hinchazón de pies o tobillos      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Ictericia                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Hinchazón de glándulas en cuello  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dependencia de fármacos                            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Dolor mandibular           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas de tiroides             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Quimioterapia                                      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad renal           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Amigdalitis                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Problemas circulatorios                            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad hepática        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis                      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Lesiones cardiacas congénitas                      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Presión sanguínea baja     | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Tumor o quiste en cabeza o cuello | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Tratamientos con cortisona                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Prolapso de válvula mitral | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Úlcera                            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Tos, persistente o con sangre                      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Problemas nerviosos        | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Enfermedad venérea                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Diabetes   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Marcapasos                 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Pérdida de peso inexplicada       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Enfisema   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Asistencia psiquiátrica    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                                   |   |
|  |   | Tratamiento de radiación   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                                   |   |

¿Usa lentes de contacto?  Sí  No

### Mujeres:

¿Está usted embarazada?  Sí  No

Fecha de parto \_\_\_\_\_

¿Está usted amamantando?  Sí  No

¿Toma píldoras anticonceptivas?  Sí  No

### MEDICAMENTOS

Enumere los medicamentos que está tomando actualmente y el diagnóstico correspondiente:

\_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### ALERGIAS

Aspirina

Anestésico local

Barbitúricos (Píldoras para dormir)

Penicilina

Codeína

Sulfa

Iodina

Otros \_\_\_\_\_

Latex

# 6

## ACTUALIZACIONES (Completar en todas las consultas futuras)

¿Ha habido algún cambio en su estado de salud desde su última consulta odontológica?  Sí  No

¿En qué sentido? \_\_\_\_\_

¿Está tomando alguna medicación nueva? \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

.....

¿Ha habido algún cambio en su estado de salud desde su última consulta odontológica?  Sí  No

¿En qué sentido? \_\_\_\_\_

¿Está tomando alguna medicación nueva? \_\_\_\_\_ ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# DENTISTS AT LINCOLN GREEN

## Información sobre Seguros políticas de facturación

Estimado Paciente:

Gracias por elegir nuestra práctica odontológica. El propósito de esta carta es para dar información acerca de nuestro proceso de facturación.

Este es nuestro proceso de facturación cómo trabaja habitualmente: •

Su elegibilidad y cobertura de seguros será verificada antes de su cita.

- Cualquier deducible y/o co-pagos de seguros relacionados con su tratamiento será determinado y explicado. Usted es responsable de pagar la cantidad total en la fecha de tratamiento.
- La reclamación será enviado a su compañía de seguros.
- Luego de que la compañía de seguro recibe una reclamación, la compañía de seguros puede ponerse en contacto con usted para obtener información adicional. Por favor, responda las preguntas de su compañía de seguros tan pronto como sea posible para que su pago no se demore.
- Por lo general tarda 14-21 días para su compañía de seguros pague su reclamación. Después de que su compañía de seguros nos paga, le proporcionaremos información acerca de cualquier cantidad que usted debe.
- Usted es plenamente responsable de cualquier cantidad no pagada por la compañía de seguros. Por alguna razón su cuenta son de 30 días de vencimiento, usted es responsable de todos los gastos de recogida, incluyendo, pero no limitado a los honorarios razonables de abogado.
- No se recibirán más comunicación de nosotros a menos que la compañía de seguros no ha pagado su reclamo o un equilibrio es debido a usted (por ejemplo, la parte no cubierta por el seguro o no se les paga por usted en el momento de servicio).

Por favor, tenga en cuenta que su política es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Si usted no sigue su plan de seguros, no pueden pagar la totalidad o parte de su cuidado.

Estamos encantados de ayudarle con sus preguntas o para proporcionar más información. Nuestro personal de recepción puede ser alcanzado en (281) 583-9001.

Gracias de nuevo por elegir Dentists at Lincoln Green PA para sus necesidades de atención médica.

Por favor, regístrese aquí para confirmar que ha leído y entiende su responsabilidad financiera con respecto a su tratamiento.

→ \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

Nombre (impreso)

\_\_\_\_\_

Fecha



# DENTISTS AT LINCOLN GREEN

## PACIENTE RESPONSABILIDAD

Nosotros en Dentists at Lincoln Green PA, queremos darle las gracias por la oportunidad de proporcionar cuidado dental para usted y su familia. Las responsabilidades que usted tiene como un paciente es esencial para poder ofrecer este tipo de atención. Por favor de inicial cada uno de los siguientes para indicar que ha leído y entendido completamente los siguientes términos:

\_\_\_\_\_ Para todas las citas, por favor traiga una tarjeta de seguro actual y una identificación oficial con foto y todos los medicamentos actuales.

\_\_\_\_\_ **Las Llegadas Tardías** Si llegan tarde a la cita, nosotros haremos lo posible para satisfacer sus necesidades, si el tiempo lo permite y ser respetuoso de las citas de otros pacientes. Es posible que se le ofrezca la opción de esperar o a los que se invita a reprogramar a un tiempo que es más conveniente para usted.

\_\_\_\_\_ **Citas Perdidas** Si usted necesita cancelar su cita, favor de llamar a nuestra oficina con 24 horas de antelación. Varias citas en donde no se presente puede resultar en tarifas de cancelacion y ser despedido. Favor de confirmar su cita que es una cortesía. Es, esencialmente, su responsabilidad saber la hora de su cita y la fecha.

\_\_\_\_\_ **Facturación Seguros** Participamos con varias compañías de seguro, pero no en todos. Usted es responsable de conocer sus beneficios, con quien su compañía de seguros participa, y lo que van a cubrir.

\_\_\_\_\_ **Co-pagos** Todos los copagos, deducibles, y los pagos por otros servicios cubiertos son debido a la llegada de su cita. Los saldos pendientes también seran collectados en ese momento. Si un copago o saldo no puede ser pagado, la oficina tiene el derecho de programar las citas rutinarias hasta que la deuda se puede pagar. Aceptamos efectivo, cheque, tarjeta de crédito y débito.

\_\_\_\_\_ **Política de Colecciones** Si es necesario transferir los saldos pendientes de cobro a una agencia de coleccion, gastos de las colecciones será su plena responsabilidad.

\_\_\_\_\_ **Cheques Devueltos** Los cheques devueltos seran cargados con una tarifa de \$30.00. Nosotros entendemos que a veces los problemas financieros pueden ocurrir. En estos tiempos, estamos dispuestos a trabajar con usted para establecer arreglos alternativos de pago si es necesario.



\_\_\_\_\_  
Paciente/Garante Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha



### Reconocimiento de las Prácticas de Privacidad

Mi firma a continuación confirma que he sido informado de mis derechos a la privacidad en cuanto a mi información de salud protegida en virtud de la Health Insurance Portability & Accountability Act de 1996 (HIPAA). Entiendo que esta información podrá ser y será utilizado para: •

Proporcionar y coordinar el tratamiento de un número de los proveedores de atención de salud que pueden estar involucradas en este tratamiento directa e indirectamente.

- Obtener el pago por parte de terceros pagadores para mi servicios de atención de la salud.
- Llevar a cabo las operaciones de atención de la salud normal, como evaluación de calidad y actividades de mejoramiento.

Me han informado de mi proveedor de dental Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de mi información protegida de la salud. Me han dado el derecho de revisar y recibir una copia de la notificación de Prácticas de Privacidad. Tengo entendido que mi dental los proveedores tienen derecho a cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad y que me pueden contactar a la oficina a la dirección mencionada anteriormente para obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito que se le limita en la manera mi información privada se utiliza o revelada a llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud, por lo que entiendo que no es necesario de acuerdo con mi pedido las restricciones, pero si usted está de acuerdo con que está obligado a acatar las restricciones.

Fecha de hoy:

Nombre del Paciente:

→ Firma:

Relación con paciente:



Dentists at Lincoln Green, PA  
11307 Veterans Memorial Dr.  
Houston, TX 77067  
Tel: 281-583-9001



## E-mail/Notificación de texto Opt-In Formulario de Consentimiento

Dentists at Lincoln Green PA está en el proceso de ofrecer E-Mail y notificación de mensajes de texto para recordatorios de citas y otros cuidados al paciente información relacionada. Este sistema le permitirá verificar cita en un horario que le resulte conveniente, para solicitar citas en el futuro, y a fin de mantenerlos informados de la oficina y información sobre el cuidado del paciente. Si usted decide optar por este sistema, por favor nos proporcione su dirección de correo electrónico y mensajería de texto número que aparece a continuación. Esta información sólo se utiliza para Dentists at Lincoln Green PA y se rige por el mismo HIPAA protección como el resto de información. Vamos a comenzar a utilizar este sistema, una vez que tenemos suficiente texto/direcciones de correo electrónico de nuestros pacientes de padres/tutores.

Su nombre: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

### ¿LE GUSTARÍA CONTACTARSE CON NOSOTROS?

CORREO ELECTRÓNICO

MENSAJE DE TEXTO

TELÉFONO

Yo autorizo Dentists at Lincoln Green PA que me lo comuniquen de atención al paciente información relacionada en mi correo electrónico o la mensajería de texto (haga un círculo alrededor de una o ambas).

→ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

# Formulario de Consentimiento Oral

**Completa cada vez que el examen se realiza y el lugar en el historial del paciente.**

Nuestra práctica busca constantemente los avances para asegurar que se nos proporciona el nivel óptimo de cuidado a la salud bucal de nuestros pacientes. Estamos preocupados por cáncer bucal y busque en cada paciente.

Un estadounidense muere cada hora de cáncer oral. Detección tardía de cáncer oral es la principal causa de que la incidencia y las tasas de mortalidad o cáncer oral siguen en aumento. Como con la mayoría de los cánceres, la edad es el principal factor de riesgo de cáncer oral. Consumo de alcohol y tabaco son los principales factores de riesgo predisponentes, pero más del 25 % de las víctimas del cáncer oral no tienen estos factores de riesgo relacionados con el estilo. Los estudios también sugieren que el virus del papiloma humano (HPV 16/18) desempeña un papel en más de un 20% de los casos de cáncer oral. Riesgo de cáncer de la cavidad oral por perfil del paciente es de la siguiente manera: mayor

***Riesgo:** pacientes edad 18-39 18-39 18-39 18-39  
-pacientes activos sexualmente (HPV 16/18) de alto*

***Riesgo:** pacientes mayores de 40 años o más; los usuarios de tabaco (las edades 18-39, cualquier tipo dentro de los 10 años de edad)*

***Mayor riesgo:** los pacientes mayores de 40 años o más con el estilo factores de riesgo (tabaco y/o alcohol); historia previa de cáncer oral*

Que hemos incorporado recientemente ViziLite Plus en nuestra selección oral estándar de cuidado. Encontramos que usar ViziLite Plus junto con un examen oral estándar cáncer mejora la capacidad para identificar área sospechosa en sus primeras fases. ViziLite Plus es similar a una detección temprana los procedimientos de otros tipos de cáncer como la mamografía, citología y PSA. ViziLite Plus es un examen simple e indoloro y que ofrece la mejor oportunidad de encontrar anomalías orales en la etapa más temprana posible. Detección Temprana de tejido canceroso puede minimizar o eliminar los efectos potencialmente desfigurante de cáncer oral y posiblemente salvar su vida. El examen ViziLite Plus se le propondrá anualmente.

Esta mayor examen es reconocido por la Asociación Dental Americana código comité de revisión de código de procedimiento CDT-2007/08 D0431; sin embargo, este examen puede ser cubierto por el seguro. La tarifa de este examen mejorar es de \$ 60.

NO yo preferiría no tener el examen ViziLite Plus esta vez.

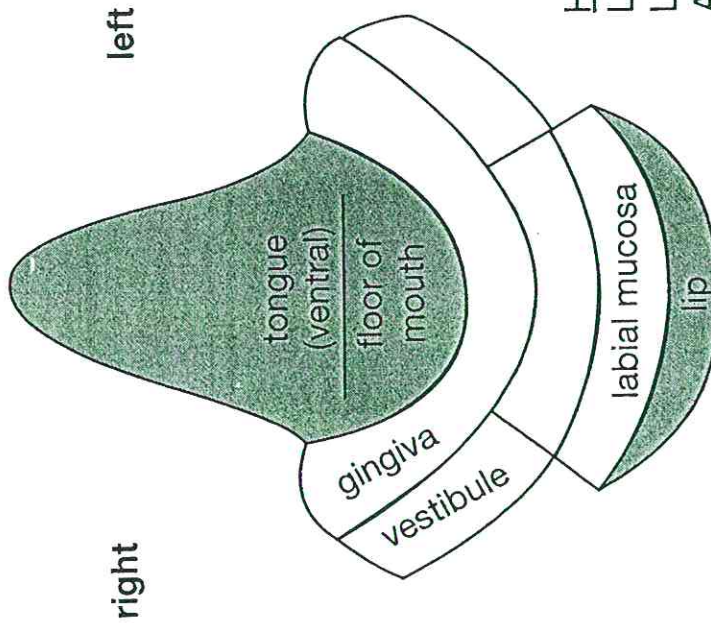
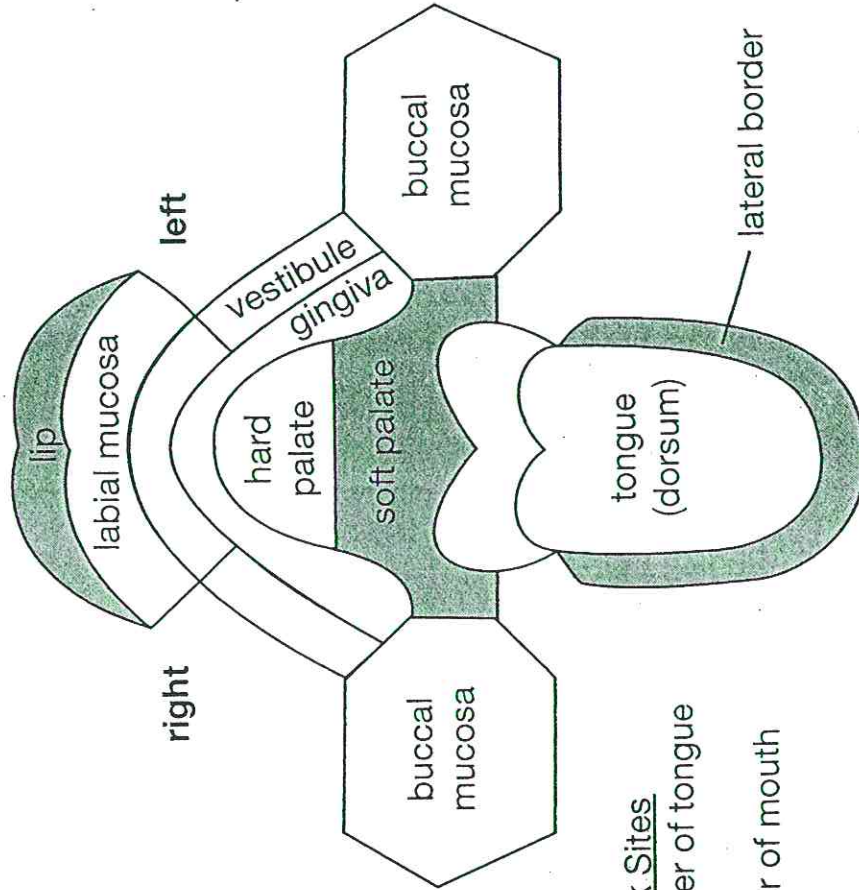
Nombre:

→ Firma:

Fecha:

Patient \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_

Clinician \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



- Highest Risk Sites  
 Lateral border of tongue  
 Lip  
 Anterior floor of mouth  
 Soft palate