

HEALTH HISTORY/HISTORIA DE SALUD 1/2

DATE / FECHA _____ - _____ - _____
 AGE / EDAD _____ SEX / SEXO M / F
 HEIGHT / ESTATURA _____ WEIGHT / PESO (Lbs.) _____

Facility _____ Chart # _____ (Label)
 Patient Name _____

In case of emergency, contact (person)
 En caso de emergencia, contactar a (persona) _____

Phone Number
 Número de teléfono: () _____ - _____

INSTRUCTIONS:

Answer all questions and fill in the blank spaces when indicated.
 Answer to the following questions are for our records only and will be kept confidential.

Why are you here today? _____

When was your last dental visit? _____ / _____ / _____
mm dd yy

When were you last dental x-rays taken? _____ / _____ / _____
mm dd yy

Are those x-rays available?

If YES, please write down PRIOR DENTIST'S NAME and PHONE NUMBER

_____ () _____ - _____

Dentist's Name el/ nombre del Dentista Anterior Phone Number/ Numero teléfono

Yes/ Si

INSTRUCCIONES:

Conteste todas las preguntas y llene los espacios en blanco cuando sea necesario. Las respuestas a nuestras preguntas son únicamente para nuestros archivos, y se consideran estrictamente confidenciales.

¿Porque está aquí ahora? _____

¿Cuándo fue su última visita al dentista? _____ / _____ / _____
mm dd año

¿Cuándo le tomaron las últimas radiografías dentales? _____ / _____ / _____
mm dd año

¿Están disponible sus radiografías?

¿Si es así, escriba el nombre del Dentista Anterior y el número de teléfono.

_____ () _____ - _____

Dentist's Name el/ nombre del Dentista Anterior Phone Number/ Numero teléfono

No

1. Are you in poor health	<input type="checkbox"/>	1. Está mal de salud	<input type="checkbox"/>
2. Has there been any change in your general health within the past 12 months?	<input type="checkbox"/>	2. Ha cambiado su salud durante el último 12 meses	<input type="checkbox"/>
3. My last dental check-up was on _____ / _____ / _____ <small>mm dd yy</small>	<input type="checkbox"/>	3. Mi último examen medico fue en _____ / _____ / _____ <small>mm dd año</small>	<input type="checkbox"/>
4. Are you currently under the care of a physician? a. If so, what is the condition being treated?	<input type="checkbox"/>	4. Está ahora bajo atención medico es a. Si es así, que enfermedad se está curando	<input type="checkbox"/>
5. Have you had any serious illness or operation a. If so, what is the illness or operation? b. The name and address of my physician is?	<input type="checkbox"/>	5. Ha tenido alguna operación o enfermedad seria a. Si contesta afirmativamente explique b. El nombre y domicilio de mi medico es	<input type="checkbox"/>
6. Have you been hospitalized or had serious illness within the past five (5) years? a. If so, what was the problem?	<input type="checkbox"/>	6. Durante los últimos cinco (5) años ha sido hospitalizado ó ha tenido alguna enfermedad seria a. Si contesta afirmativamente explique	<input type="checkbox"/>
7. Do you have any of the following diseases or problems: a. Damaged heart valves or artificial heart valves b. Congenital heart lesions or murmurs c. Cardiovascular disease (heart trouble, heart attack, coronary insufficiency, coronary occlusion, high blood pressure, arteriosclerosis, stroke) 1) Do you have pain in chest upon exertion? 2) Are you ever short of breath after mild exercise? 3) Do your ankles swell? 4) Do you get short of breath when you lie down, or require extra pillows when you sleep? 5) Do you have a cardiac pacemaker? d. Sinus trouble? e. Asthma? f. Allergy? g. Hives of skin rash? h. Fainting spells or seizures? i. Diabetes? 1) Do you urinate (pass water) more than six times a day? 2) Are you thirsty much of the time? 3) Does your mouth frequently become dry? j. Hepatitis, jaundice or liver disease? k. Arthritis l. Inflammatory rheumatism (painful, swollen joints) m. Stomach ulcers n. Kidney trouble o. Tuberculosis p. Do you have persistent cough or cough up blood? q. Low blood pressure? r. Venereal disease? s. Do you have prosthetic hip _____ joint prosthesis _____ implants _____ bone plates _____ or screws, others? _____	<input type="checkbox"/>	7. Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades ó problemas: a. Válvulas dañadas ó válvulas artificiales del corazón b. Lesión cardíaca congénita c. Enfermedad cardiovascular (enfermedad del corazón, insuficiencia cardiaca, olusión coronaria, presión arterial alta, arteriosclerosis, síncope) 1) Tiene dolor en el pecho cuando hace algún esfuerzo 2) Después de hacer algún ejercicio siente faltarle el aire 3) Se le hinchan los tobillos 4) Cuando se acuesta, siente que le falta aire para respirar ó necesita mas de 1 almohada para dormir 5) Tiene marcapasos cardiaco d. Problema de senusitis e. Asma f. Alergia g. Ronchas ó salpullido h. Desmayos y sudores ó ataques i. Diabetes 1) Orina usted más de seis veces al día 2) Tiene sed la mayoría del tiempo 3) Se le reseca la boca frecuentemente j. Malestar bilioso, hepatitis o enfermedad del hígado k. Artritis l. Inflamacion reumatica (coyunturas inflamables con dolor) m. Ulceras estomacales n. Enfermedad del riñón o. Tuberculosis p. Tos persistente ó tose sangre q. Baja presión sanguínea r. Enfermedades venéreas s. Tiene cadera _____ ó coyuntura prostetica _____ implantes _____ placa de hueso _____ ó tornillos _____	<input type="checkbox"/>
8. Have you had abnormal bleeding associated with previous extractions, surgery, or trauma? a. Do you bruise easily	<input type="checkbox"/>	8. Ha sangrado anormalmente, cuando se le realize una extracción dental, cirugía o trauma a. Se moretea su piel fácilmente	<input type="checkbox"/>

HEALTH HISTORY/HISTORIA DE SALUD 2/2

Yes/ Si No

<p>b. Have you ever required a blood transfusion? If so, explain the circumstances. _____</p> <p>9. Do you have any blood disorder such as anemia? _____</p> <p>10. Have you had surgery or radiation therapy for a tumor, growth, or other condition of your mouth or lips? _____</p> <p>11. Are you taking any of the following: If yes, please indicate which.</p> <p>a. Antibiotics or sulfa drugs _____</p> <p>b. Anticoagulants (blood thinners) _____</p> <p>c. Medicine for high blood pressure _____</p> <p>d. Cortisone (steroids) _____</p> <p>e. Tranquilizers _____ Antihistamine _____ Aspirin _____</p> <p>f. Insulin, tolbutamide (orinase) or similar drug _____</p> <p>g. Digitalis or drugs for heart trouble _____ Nitroglycerin _____</p> <p>h. Oral contraceptive or other hormonal therapy _____</p> <p>i. Other drug or medicine _____</p> <p>12. Are you allergic or have you reacted adversely to any of the following: Local anesthetics _____ Penicillin or other antibiotics _____ Sulfa drugs _____ Barbiturates, sedatives or sleeping pills _____ Aspirin _____ Iodine _____ Codeine or other narcotics _____ Are you allergic to latex or rubber products? _____ Other allergies? _____</p> <p>13. Have you taken the diet medication Redux® (Fen-Phen)? _____</p> <p>15. Do you have any disease, condition, or problem not listed above that you think we should know about? _____</p> <p>16. Are you employed in any situation which exposes you regularly to x-rays or other ionizing radiation? _____</p> <p>17. Are you wearing contact lenses? _____</p> <p>18. Have you ever had any of the following conditions? Herpes _____ Hepatitis _____ Tuberculosis _____ HIV/ AIDS _____</p> <p>19. Have you had any complications associated with any previous dental treatment? If so, explain. _____</p> <p>20. How often do you brush your teeth? _____ When? _____</p> <p>21. Do you use dental floss? _____</p> <p>22. Do your gums bleed or hurt? _____</p> <p>23. Are any of your teeth sensitive? Hot _____ Cold _____ Sweets _____ Pressure _____</p> <p>24. Does food get caught in your teeth? _____</p> <p>25. Do you have frequent headaches _____ neck aches _____ or shoulder aches _____?</p> <p>26. Do you clench or grind your teeth? _____</p> <p>27. Have you experienced any pain or soreness in the muscles of your face or around your ear? _____</p> <p>28. Does your jaw click or pop? _____</p> <p>29. Are you pregnant or suspect you are pregnant? _____</p> <p>30. Do you have any problems associated with your menstrual period? _____</p> <p>31. Are you nursing? _____</p>	<p>b. Ha requerido transfusión sanguínea Si contesta afirmativamente, explique _____</p> <p>9. Tiene algún desorden sanguíneo tal como anemia _____</p> <p>10. He tenido cirugía ó rayos x para tratar algún tumor, crecimiento U otro enfermedad bucal ó labial _____</p> <p>11. Está tomando alguno de los siguientes medicamentos: Si esta, indique cuál</p> <p>a. Sulfas ó antibióticos _____</p> <p>b. Anticoagulantes (adelgazador sanguíneo) _____</p> <p>c. Medicamento para la presión alta _____</p> <p>d. Cortisona (esteroides) _____</p> <p>e. Tranquilizantes _____ Antihistaminico _____ Aspirina _____</p> <p>f. Insulina _____, tobutamida (orinase) _____ ó drogas similares _____</p> <p>g. Digitales ó medicaentos para enfermedades cardiacas _____ Nitroglicerina _____</p> <p>h. Anticonceptivos orales u otra terapia hormonal _____</p> <p>i. Otra droga ó medicina _____</p> <p>13. Es usted alérgico ó ha reaccionado adversamente a los siguientes medicamentos: Anestesia local _____ Antibióticos o penicilina _____ Drogas con sulfas _____ Barbitúricos, sedantes ó pastillas para dormir _____ Aspirina _____ Yodo _____ Codeina u otros narcóticos _____ Es usted alérgico al latex o productos de hule _____ Alguna otra _____</p> <p>14. Ha tomado usted el medicamento Redux® (Fen-Phen) para su dieta. _____</p> <p>15. Tiene usted alguna enfermedad condición física ó algún problema no enumerado anteriormente que usted crea que yo deba saber _____</p> <p>16. Está trabajando ó está en una situación donde está expuesto regularmente a radiografías ó alguna otra forma de radiación _____</p> <p>17. Usa lentes de contacto _____</p> <p>18. Ha tenido alguna de las condiciones siguientes: Herpes _____ Hepatitis _____ Tuberculosis _____ HIV/ SIDA _____</p> <p>19. Ha tenido problemas serios asociados con tratamiento dental. Si contesta afirmativamente, explique. _____</p> <p>20. Que tan seguido se cepilla los dientes _____ Cuando _____</p> <p>21. Usa hilo dental _____</p> <p>22. Le sangran ó le duelen sus encías _____</p> <p>23. Son su dientes sensible Caliente _____ Frio _____ Dulce _____ Presión _____</p> <p>24. Retiene comida en sus dientes _____</p> <p>25. Tiene Dolores de cabeza _____ cuello _____ u hombro frecuentemente _____</p> <p>26. Aprieta ó rechina sus dientes _____</p> <p>27. Ha tenido algun dolor en los músculos de la cara o alrededor de los oídos _____</p> <p>28. Suena ó cruje su quijada _____</p> <p>29. Está usted embarazada _____</p> <p>30. Tiene algún problema asociado con su período menstrual _____</p> <p>31. Está dando pecho (amamantando) _____</p>
--	---

FOLLOW UP to Medical history by DENTIST ONLY _____

I hereby certify that I have read the foregoing and have filled out this health questionnaire completely. I have advised you of all medical problems of which I am aware. I further certify that I, the undersigned, consent to the performing of x-rays and examination.

Por la presente certificao que he leído y completado el cuestionario de salud totalmente. He dado a conocer los trastornos de los que tengo conocimiento. El suscrito certifica y das u consentimiento para que se realicen los rayos X y el examen necesario.

SIGNATURE OF PATIENT or Guardian if patient is a minor. _____ DATE _____
 FIRMA DEL PACIENTE o del tutor legal (si el paciente es menor de edad) _____ FECHA _____

Updated	Date	Comments	Dr. Signature	Patient Initial