

HEALTH HISTORY / HISTORIA DE SALUD

DATE / FECHA _____

AGE / EDAD _____ SEX / SEXO M / F

HEIGHT / ESTATURA _____ WEIGHT / PESO LBS. _____

In case of an emergency, contact (person) _____ phone # () _____

En caso de emergencia, contactar a (persona) _____ Número de teléfono: () _____

INSTRUCTIONS:

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

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.

Why are you here today? _____

When was your last visit to a dental office? ____/____/____

When were your last dental x-rays taken? ____/____/____

Are those x-rays available? Yes No

If YES please write down PRIOR DENTIST'S NAME and PHONE NUMBER:
_____ () _____

¿Porque está aquí ahora? _____

¿Cuándo fue su última visita al dentista? ____/____/____

¿Cuándo le tomaron las últimas radiografías dentales? ____/____/____

¿Están disponible sus radiografías? Si No

Si es así, escriba el nombre del Dentista Anterior y el número de teléfono.
_____ () _____

YES / SI

NO

- Are you in poor health _____
- Has there been any change in your general health within the past year _____
- My last physical was on _____
- Are you currently under the care of a physician _____
A. If so, what is the condition being treated _____
- The name and address of my physician is _____

- Have you had any serious illness or operation _____
A. If so, what was the illness or operation _____
- Have you been hospitalized or had a serious illness within the past five years _____
A. If so, what was the problem _____
- Do you have or have you had any of the following diseases or problems:
 - Damaged heart valves or artificial heart valves _____
 - Congenital heart lesions or murmurs _____
 - 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 do you require extra pillows when you sleep _____
 5) Do you have a cardiac pacemaker _____
 - Sinus trouble _____
 - Asthma _____
 - Allergy _____
 - Hives or skin rash _____
 - Fainting spells or seizures _____
 - Diabetes _____
 1) Do you urinate (pass water) more than 6 times a day _____
 2) Are you thirsty much of the time _____
 3) Does your mouth frequently become dry _____
 - Hepatitis, jaundice or liver disease _____
 - Arthritis _____
 - Inflammatory rheumatism (painful, swollen joints) _____
 - Stomach ulcers _____
 - Kidney trouble _____
 - Tuberculosis _____
 - Do you have a persistent cough or cough up blood _____
 - Low blood pressure _____
 - Venereal disease _____
 - Do you have a prosthetic hip _____ joint prosthesis _____ implants _____ bone plates _____ or screws _____ other _____
- Have you had abnormal bleeding associated with previous extractions, surgery, or trauma _____
A. Do you bruise easily _____

- Está mal de salud _____
- Ha cambiado su salud durante el último año _____
- Mi último examen médico fue en _____
- Está ahora bajo atención médica _____
A. Si es así, que enfermedad se está curando _____
- El nombre y domicilio de mi médico es _____

- Ha tenido alguna operación o enfermedad seria _____
A. Si es así, que operación o enfermedad _____
- Durante los últimos cinco (5) años ha sido hospitalizado ó ha tenido alguna enfermedad seria _____
A. Si contesta afirmativamente explique _____
- Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades ó problemas:
 - Válvulas dañadas ó válvulas artificiales del corazón
 - Lesión cardíaca congénita
 - Enfermedad cardiovascular (enfermedad del corazón, insuficiencia cardíaca, oclusión 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 cardíaco
 - Problema de senusitis
 - Asma
 - Alergia
 - Ronchas ó salpullido
 - Desmayos y sudores ó ataques
 - Diabetes
 1) Orina usted más de seis veces al día

 2) Tiene sed la mayoría del tiempo
 3) Se le reseca la boca frecuentemente
 - Malestar bilioso, hepatitis o enfermedad del hígado
 - Artritis
 - Inflamación reumática (coyunturas inflamables con dolor)
 - Úlceras estomacales
 - Enfermedad del riñón
 - Tuberculosis
 - Tos persistente ó tose sangre
 - Baja presión sanguínea
 - Enfermedades venéreas
 - Tiene cadera _____ ó coyuntura prostética _____ implantes _____ placa de hueso _____ ó tornillos _____
Si es así, explique _____
- Ha sangrado anormalmente, cuando se le realiza una extracción dental, cirugía ó trauma _____
A. Se moretea su piel fácilmente _____

YES / SI

NO

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

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 certifico 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 da su consentimiento para que se realicen los rayos X y el examen necesario.

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

SIGNATURE OF DENTIST (FIRMA DEL DENTISTA) X _____ DATE (Fecha) _____

DATE COMMENTS DR. SIGNATURE EMPLOYEE # PATIENT SIGNATURE

UPDATE				
--------	--	--	--	--