



HEALTH HISTORY

HISTORIA DE SALUD

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.

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 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

¿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?
 ¿Sí 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

	Yes/ Si	No
1. Are you in poor health	_____	_____
2. Has there been any change in your general health within the past 12 months?	_____	_____
3. My last dental check-up was on _____ / _____ / _____ <small>mm dd yy</small>	_____	_____
4. Are you currently under the care of a physician? a. If so, what is the condition being treated? _____	_____	_____
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? _____	_____	_____
6. Have you been hospitalized or had serious illness within the past five (5) years? a. If so, what was the problem? _____	_____	_____
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? _____	_____	_____
8. Have you had abnormal bleeding associated with previous extractions, surgery, or trauma? a. Do you bruise easily _____	_____	_____
1. Está mal de salud	_____	_____
2. Ha cambiado su salud durante el último 12 meses	_____	_____
3. Mi último examen medico fue en _____ / _____ / _____ <small>mm dd año</small>	_____	_____
4. Está ahora bajo atención medico es a. Si es así, que enfermedad se está curando _____	_____	_____
5. Ha tenido alguna operación o enfermedad seria a. Si contesta afirmativamente explique _____ b. El nombre y domicilio de mi medico es _____	_____	_____
6. Durante los últimos cinco (5) años ha sido hospitalizado ó ha tenido alguna enfermedad seria a. Si contesta afirmativamente explique _____	_____	_____
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, sincope) 1) Tiene dolor en el pecho cuando hace algún esfuerzo _____ 2) Después de hacer algún ejercicio siente faltaríe 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 _____	_____	_____
8. Ha sangrado anormalmente, cuando se le realize una extracción dental, cirujía o trauma a. Se moretea su piel fácilmente _____	_____	_____

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 ___ Frío ___ 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 period 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 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 o del tutor legal (si el paciente es menor de edad) _____

DATE _____
FECHA _____

Updated	Date	Comments	Dr. Signature	Patient Initial