



Patient Name / Paciente: _____ Age / Edad: _____ Sex / Sexo: M / F

Home Address/ Domicilio: _____ Cell #: () _____

In Case of Emergency, Contact / Emergencia, contactar: _____ Phone #: () _____

Why are you here today? _____ Porque esta aquí ahora? _____

When was your last visit to a dental office? _____ Cuando fue su ultima visita al dentista? _____

When were your last dental X-rays taken? _____ Cuando le tomaron las ultimas radiografías dentales? _____

Who is your Dentist: _____ Nombre de su Dentista: _____

Phone #: () _____ **Yes / Si No** Teléfono #: () _____

1 Do you have any medical / health problems ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 Esta mal de Salud?
2 Has there been any change in your general health in the past year?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 Ha cambiado su salud durante el ultimo año?
3 My last physical was on _____			3 Mi ultimo examen medico fue en _____
4 Are you currently under the care of a physician? If so what is the condition being treated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 Esta ahora bajo atención medica? Si es así, que enfermedad se esta curando?
5 The name and address of my physician is: _____			5 El nombre y domicilio de mi medico es: _____
6 Have you had any serious illness or operation? If so what was the illness or operation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 Ha tenido alguna operación o enfermedad seria? Si es así, que operación o enfermedad?
7 Have you been hospitalized or had a serious illness within the past five (5) years? If so what was the problem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 Durante los últimos cinco (5) años ha sido hospitalizado o ha tenido alguna enfermedad seria? Si contesta afirmativamente explique
8 Do you have or have you had any of the following diseases or problems:			8 Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas:
A. Damaged heart valves or artificial heart valves?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A. Válvulas dañadas o válvulas artificiales del corazón?
B. Congenital heart lesions or murmurs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B. Lesión cardiaca congénita?
C. Cardiovascular disease? (heart trouble, heart attack, coronary insufficiency, coronary occlusion, high blood pressure, arteriosclerosis, stroke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	C. Enfermedad cardiovascular? (enfermedad del corazón, insuficiencia cardiaca, oclusión corona, presión arterial alta, arteriosclerosis, sincope)
1.) Do you have chest pain upon exertion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.) Tiene dolor en el pecho cuando hace algún esfuerzo?
2.) Are you ever short of breath after mild exercise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.) Después de hacer algún ejercicio siente fallarle el aire?
3.) Do your ankles swell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.) Se le hinchan los tobillos?
4.) Do you get short of breath when you lay down or do you require extra pillows when you sleep?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4.) Cuando se acuesta siente que la falta aire para respirar o necesita mas de 1 almohada para dormir?
5.) Do have a cardiac pacemaker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5.) Tiene marcapasos cardiaco?
6.) Have you ever been required to be pre-medicated with Antibiotics prior to your dental visit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6.) Requiere ser pre-medicado antes de su tratamiento dental?
D. Cancer / Chemotherapy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D. Cáncer / Quimioterapia?
E. Drug / Alcohol use?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	E. Droga / Alcohol usa?
F. Psychiatric / Emotional Therapy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F. Psiquiátrico / Emocional Terapia?
G. Rheumatic Fever?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	G. Reumático Fiebre?
H. Sinus trouble?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H. Problema de sinusitis?
I. Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I. Asma?
J. Allergies?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	J. Alergia?
K. Hives or skin rash?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	K. Ronchas o salpullido?
L. Fainting spells or seizures?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	L. Desmayos y sudores o ataques?
M. Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M. Diabetes?
1.) Do you urinate more than six (6) times a day?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1.) Orina usted mas de seis (6) veces al día?
2.) Are you thirsty much of the time?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2.) Tiene sed la mayoría del tiempo?
3.) Does your mouth frequently become dry?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3.) Se le reseca la boca frecuentemente?
N. Hepatitis, jaundice or liver disease?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N. Malestar bilioso, hepatitis o enfermedad del hígado?
O. Arthritis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O. Artritis?
P. Inflammatory rheumatism (painful, swollen joints)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P. Inflamación retimatica (coyunturas inflamables con dolor)?
Q. Stomach ulcers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Q. Ulceras estomacales?
R. Kidney trouble?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	R. Enfermedad del riñón?
S. Tuberculosis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S. Tuberculosis?
T. Do you have a persistent cough or cough up blood?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	T. Tos persistente o tose sangre?
U. Low blood pressure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	U. Baja presión sanguínea?
V. Venereal disease? (AIDS, HIV, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	V. Enfermedades venéreas? (SIDA, VIH,)
X. Do you have a prosthetic hip____, joint prosthesis____, implants____, bone plates____, or screws____, other _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X. Tiene cadera____, o coyuntura prostética____, implantes____, placa de hueso____, o tornillos____, si es así, explique
9 Have you had abnormal bleeding associated with previous extractions, surgery, or trauma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 Ha sangrado anormalmente cuando se le realiza una extracción dental, cirugía o trauma?
A. Do you bruise easily?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A. Se moretea su piel fácilmente?
B. Have you ever required a blood transfusion? If so, explain the circumstances _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	B. Ha requerido transfusión sanguínea? Si contesta afirmativamente, explique

Yes / Si	No
----------	----

<p>10 Do you have any blood disorder such as anemia?</p> <p>11 Have you had surgery or X-ray treatment for a tumor growth, or other condition of your mouth or lips?</p> <p>12 Are you taking any of the following medications? If yes, indicate which medication. 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. Digitals or drugs for heart trouble _____ Nitroglycerine _____ H. Oral contraceptive or other hormonal therapy _____ I. Other drug or medicine _____</p> <p>13 Are you allergic or have you reacted adversely to any of the following: Metal _____ Dental Anesthetics _____ Penicillin or other antibiotics _____ Sulfa drugs _____ Barbiturates, sedatives or sleeping pills _____ Aspirin _____ Iodine _____ Codeine or other narcotics _____ Are you allergic to rubber or latex products _____ Other: _____</p> <p>14 Have you ever taken diet medication Redux (Fen-Phen)?</p> <p>15 Have you ever undergone either oral or IV Bis-Phosphonate Therapy (Actonel, Fosamax, Aredia, Zometa, etc...) ?</p> <p>16 Do you have any disease, condition, or problem not listed above that you think we should know about?</p> <p>17 Are you employed in any situation which exposes you regularly to X-rays or other ionizing radiation?</p> <p>18 Do you wear contact lenses?</p> <p>19 Have you ever had any of the following conditions: Herpes _____ Hepatitis _____ Tuberculosis _____ HIV/AIDS _____</p> <p>20 Are you pregnant?</p> <p>21 Do you have any problems associated with your menstrual period?</p> <p>22 Are you nursing?</p> <p>23 Have you had any serious trouble associated with any previous dental treatment?</p> <p>24 How often do you brush your teeth? _____ When? _____</p> <p>25 How often do you use dental floss? _____</p> <p>26 Do your gums bleed or hurt? How often? _____</p> <p>27 Are your teeth sensitive to: Hot _____ Cold _____ Sweets _____ Pressure _____</p> <p>28 Does food get caught in your teeth?</p> <p>29 Do you have frequent headaches _____ neck aches _____ or shoulder aches _____</p> <p>30 Have you experience any pain or soreness in the muscles of your face or around your ear?</p> <p>31 Does your jaw pop or click? (TMJ)</p> <p>32 Do you have or have you had any of the following problems: Injuries to the Face _____ Injuries to the Teeth _____ Gum Problems _____ Extra Teeth _____ Missing Teeth _____ Difficulty Chewing _____ Speech Problems _____</p> <p>33 Do you have or have you had any of the following habits: Grinding Teeth _____ Tongue thrusting _____ Pen, lip, or nail biting _____ Chewing Gum _____ Thumb or finger sucking _____</p>	<p>10 Tiene algún desorden sanguíneo tal como anemia?</p> <p>11 Ha tenido cirugía rayos-X para tratar algún tumor, crecimiento u otra enfermedad bucal o labial?</p> <p>12 Esta tomando alguno de los siguientes medicamentos? Si esta, indique cual. A. Sulfas o antibióticos _____ B. Anticoagulantes _____ C. Medicamento para la presión alta _____ D. Cortisona (esteroides) _____ E. Tranquilizantes _____ Antihistamínico _____ Aspirina _____ F. Insulina, tobultamida (orinase) o drogas similares _____ G. Digitales o medicamentos para enfermedades cardiacas _____ Nitroglicerina _____ H. Anticonceptivos orales u otra terapia hormonal _____ I. Otra droga o medicina _____</p> <p>13 Es usted alérgico o ha reaccionado adversamente a los siguientes medicamentos: Metal _____ Anestesia Dental _____ Antibióticos o penicilina _____ Drogas con sulfas _____ Barbitúricos, sedantes o pastillas para dormir _____ Aspirina _____ Yodo _____ Codeína u otros narcóticos _____ Es usted alérgico al látex o productos de hule _____ Alguna otra _____</p> <p>14 Ha tomado usted el medicamento Redux (Fen-Phen) ?</p> <p>15 Se ha sometido a tratamiento de IV Bis-Phosphonate Terapia (Actonel, Fosamax, Aredia, Zometa, etc...) ?</p> <p>16 Tiene usted alguna enfermedad condición física o algún problema no-enumerado anteriormente que usted crea que yo deba saber</p> <p>17 Esta trabajando en una situación donde esta expuesto regularmente a radiografías o alguna otra forma de radiación?</p> <p>18 Usa lentes de contacto?</p> <p>19 Ha tenido alguna de las condiciones siguientes: Herpes _____ Hepatitis _____ Tuberculosis _____ VIH/SIDA _____</p> <p>20 Esta usted embarazada?</p> <p>21 Tiene algún problemas asociado con su periodo menstrual?</p> <p>22 Esta dando pecho (amamantando)</p> <p>23 Ha tenido problemas serios asociados con tratamiento dental?</p> <p>24 Que tan seguido se cepilla los dientes? _____ Cuando? _____</p> <p>25 Que tan seguido usa hilo dental? _____</p> <p>26 Le sangran o le duelen sus encías? Que tan seguido? _____</p> <p>27 Son sus dientes sensibles a: Caliente _____ Frió _____ Dulce _____ Presión _____</p> <p>28 Retiene comida en sus dientes?</p> <p>29 Tiene dolores de cabeza _____ cuello _____ u hombro frecuentemente _____</p> <p>30 Ha tenido algún dolor en los músculos de la cara o alrededor de los oídos?</p> <p>31 Suenan o truena su quijada? (TMJ)</p> <p>32 Tiene o ha tenido alguna de las siguientes problemas: Daño a Cara _____ Daño a sus Dientes _____ Problemas de Encía _____ Dientes Extra _____ Le Faltan Dientes _____ Dificultad al Masticar _____ Problemas al Hablar _____</p> <p>33 Tiene o ha tenido alguna de las siguientes hábitos: Rechina los dientes _____ Empuja la Lengua _____ Se muerde las uñas o labio _____ Mastica Chicle _____ Se Chupa el Dedo _____</p>
--	--

Follow up to Medical History by Doctor 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 necessary treatments.

Por la presente certifico que he leído y completado el cuestionario de salud totalmente. Ha dado a conocer los trastornos de los que tengo conocimiento el suscrito certifica y da su consentimiento para que se realicen las radiografías y tratamiento necesario.

Signature of PATIENT or the Guardian if patient is a minor / Firma del PACIENTE o del tutor legal (si paciente es menor de edad) X _____ Date / Fecha _____

Name / Signature of Doctor X _____ Office Location: _____ Date _____

DATE	COMMENTS	DR. SIGNATURE	PATIENT SIGNATURE
Update			
Update			
Update			