

HEALTH HISTORY / HISTORIA DE SALUD

DATE / FECHA _____

Facility _____ Chart # _____ (LABEL)

AGE / EDAD _____ SEX / SEXO M / F

Patient Name _____

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 considerarán estrictamente confidenciales.

Why are you here today? _____

¿Por qué está aquí ahora? _____

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

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

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

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

Are those x-rays available? Yes No

¿Están disponibles sus radiografías? Si No

IF YES please write down PRIOR DENTIST'S NAME and PHONE NUMBER: _____

Si es así, escriba el nombre del Dentista Anterior y el número de teléfono: _____

YES / SI

NO

1. Are you in poor health _____

1. Está mal de salud _____

2. Has there been any change in your general health within the past year _____

2. Ha cambiado su salud durante el último año _____

3. My last physical was on _____

3. Mi último examen médico fue en _____

4. Are you currently under the care of a physician _____

4. Está ahora bajo atención médica _____

A. If so, what is the condition being treated _____

A. Si es así, que enfermedad se está curando _____

5. The name and address of my physician is _____

5. El nombre y domicilio de mi médico es _____

6. Have you had any serious illness or operation _____

6. Ha tenido alguna operación o enfermedad seria _____

A. If so, what was the illness or operation _____

A. Si es así, que operación o enfermedad _____

7. Have you been hospitalized or had a serious illness within the past five years _____

7. Durante los últimos cinco (5) años ha sido hospitalizado o ha tenido alguna enfermedad seria _____

A. If so, what was the problem _____

A. 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 ó problemas:

A. Damaged heart valves or artificial heart valves _____

A. Válvulas dañadas ó válvulas artificiales del corazón _____

B. Congenital heart lesions or murmurs _____

B. Lesión cardíaca congénita _____

C. Cardiovascular disease (heart trouble, heart attack, coronary insufficiency, coronary occlusion, high blood pressure, arteriosclerosis, stroke) _____

C. Enfermedad cardiovascular (enfermedad del corazón, insuficiencia cardíaca, oclusión coronaria, presión arterial alta, arteriosclerosis, síncope) _____

1) Do you have pain in chest upon exertion _____

1) Tiene dolor en el pecho cuando hace algún esfuerzo _____

2) Are you ever short of breath after mild exercise _____

2) Después de hacer algún ejercicio siente faltarle el aire _____

3) Do your ankles swell _____

3) Se le hinchan los tobillos _____

4) Do you get short of breath when you lie down, or do you require extra pillows when you sleep _____

4) Cuando se acuesta, siente que le falta aire para respirar ó necesita mas de 1 almohada para dormir _____

5) Do you have a cardiac pacemaker _____

5) Tiene marcapasos cardíaco _____

D. Sinus trouble _____

D. Problema de sinusitis _____

E. Asthma _____

E. Asma _____

F. Allergy _____

F. Alergia _____

G. Hives or skin rash _____

G. Ronchas ó salpullido _____

H. Fainting spells or seizures _____

H. Desmayos y sudores ó ataques _____

I. Diabetes _____

I. Diabetes _____

1) Do you urinate (pass water) more than 6 times a day _____

1) Orina usted más de seis veces al día _____

2) Are you thirsty much of the time _____

2) Tiene sed la mayoría del tiempo _____

3) Does your mouth frequently become dry _____

3) Se le reseca la boca frecuentemente _____

J. Hepatitis, jaundice or liver disease _____

J. Malestar bilioso, hepatitis o enfermedad del hígado _____

K. Arthritis _____

K. Artritis _____

L. Inflammatory rheumatism (painful, swollen joints) _____

L. Inflamación reumática (coyunturas inflamables con dolor) _____

M. Stomach ulcers _____

M. Ulceras estomacales _____

N. Kidney trouble _____

N. Enfermedad del riñón _____

O. Tuberculosis _____

O. Tuberculosis _____

P. Do you have a persistent cough or cough up blood _____

P. Tos persistente ó tose sangre _____

Q. Low blood pressure _____

Q. Baja presión sanguínea _____

R. Venereal disease _____

R. Enfermedades venéreas _____

S. Do you have a prosthetic hip _____ joint prosthesis _____ implants _____ bone plates _____ or screws _____ other _____

S. Tiene cadera _____ ó coyuntura protésica _____ implantes _____ placa de hueso _____ ó tornillos _____ Si es así, explique _____

9. Have you had abnormal bleeding associated with previous extractions, surgery, or trauma _____
A. Do you bruise easily _____

9. 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? _____
3. 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 cardíacas _____ 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 _____ Frío _____
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 ó alrededor de los oídos _____
31. Suena 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 _____ DATE _____
FIRMA DEL PACIENTE ó del tutor legal (si el paciente es menor de edad) X _____ (Fecha) _____

SIGNATURE OF DENTIST (FIRMA DEL DENTISTA) X _____ DATE _____
DATE _____ COMMENTS _____ DR. SIGNATURE _____ EMPLOYEE # _____ PATIENT SIGNATURE _____

| UPDATE | DATE | COMMENTS | DR. SIGNATURE | EMPLOYEE # | PATIENT SIGNATURE |
|--------|------|----------|---------------|------------|-------------------|
| | | | | | |