

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.

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:

_____ () _____

YES / SI

Facility _____ Chart # _____ (LABEL)

Patient Name _____

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.

¿ Porqué está aquí ahora? _____

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

¿ Cuando 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.

_____ () _____

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. Sí 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 ó 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 hinchon 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 senusitis _____ |
| 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 protética _____ implantes _____ placa de hueso _____ ó tornillos _____ Si es así, explique _____ |
| 9. Have you had abnormal bleeding associated with previous extractions, surgery, or trauma _____ | 9. Ha sangrado anormalmente, cuando se le realiza una extracción dental, cirugía ó trauma _____ |
| A. Do you bruise easily _____ | A. Se moretea su piel fácilmente _____ |

YES / SI

NO

B. Have you ever required a blood transfusion
If so, explain the circumstances

B. Ha requerido transfusión sanguínea
Si contesta afirmativamente, explique

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.

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. 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

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. 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

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. 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

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. Are you employed in any situation which exposes you regularly to x-rays or other ionizing radiation

16. Está trabajando ó está en una situación donde está expuesto regularmente a radiografías ó alguna otra forma de radiación

17. Are you wearing contact lenses

17. Usa lentes de contacto

18. Have you ever had any of the following conditions
Herpes Hepatitis Tuberculosis HIV / AIDS

18. Ha tenido alguna de las condiciones siguientes:
Herpes Hepatitis Tuberculosis HIV / SIDA

19. Are you pregnant

19. Está usted embarazada

20. Do you have any problems associated with your menstrual period

20. Tiene algún problema asociado con su período menstrual

21. Are you nursing

21. Está dando pecho (amamantando)

22. Have you had any serious trouble associated with any previous dental treatment
If so, explain

22. Ha tenido problemas serios asociados con tratamiento dental.
Si contesta afirmativamente, explique.

23. How often do you brush your teeth? When?

23. Que tan seguido se cepilla los dientes Cuando

24. Do you use dental floss.

24. Usa hilo dental

25. Do your gums bleed or hurt?
How often?

25. Le sangran ó le duelen sus encías
Que tan seguido

26. Are any of your teeth sensitive to: Hot Cold
Sweets Pressure

26. Son su dientes sensibles a: Caliente Frío
Dulce Presión

27. Does food get caught in your teeth?
28. Do you have frequent headaches neck aches
or shoulder aches?

27. Retiene comida en sus dientes
28. Tiene dolores de cabeza cuello
u hombro frecuentemente

29. Do you clench or grind your teeth?

29. Aprieta ó rechina sus dientes

30. Have you experienced any pain or soreness in the muscles of your face or around your ear?

30. Ha tenido algun dolor en los músculos de la cara o alrededor de los oídos

31. Does your jaw click or pop?

31. Suenan ó crujan 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