

HEALTH HISTORY
HISTORIA DE SALUD

CHART NO. _____

PATIENT NAME (NOMBRE): _____ **DATE (FECHA):** _____

DATE OF BIRTH (FECHA DE NACIMIENTO): _____ **SEX (SEXO):** M / F **HEIGHT (ESTATURA):** _____ **WEIGHT (PESO LBS):** _____

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

Conteste todas las preguntas y llene los espacios en blanco cuando se implique. Las contestaciones a nuestras preguntas son únicamente para nuestros archivos, y se consideran confidenciales.

- | | Yes | No |
|--|-----|----|
| 1. Are you in good health? | | |
| 2. Has there been any significant change in your general health within the past year? | | |
| My last physical was on _____ | | |
| 3. Are you now under the care of a physician? | | |
| If so, what is the condition being treated | | |
| _____ | | |
| The name and telephone # of my physician is | | |
| _____ | | |
| Please list any medications you are taking: | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| 4. Have you been hospitalized from a serious illness or operation within the last 5 years? | | |
| If so, explain _____ | | |
| _____ | | |
| 5. Do you have or have you had any of the following diseases or problems: | | |
| A. High or Low Blood Pressure? | | |
| B. Heart Conditions: Damaged/Artificial heart valves, Cardiovascular disease, murmurs, coronary insufficiency/occlusion, stroke, heart lesions or Mitral Valve Prolapse? | | |
| • Do you have pain in chest upon exertion? | | |
| • Are you ever short of breath after mild exercise? | | |
| • Do your ankles swell? | | |
| • Do you get short of breath when you lie down or do you require extra pillows when you sleep? | | |
| C. Do you have a cardiac pacemaker? | | |
| D. Do you have Rheumatic Fever/Heart Disease? | | |
| • Sinus trouble? | | |
| E. Asthma? | | |
| F. Hives or skin rash? | | |
| G. Fainting spells or seizures? | | |
| H. Diabetes? | | |
| • Do you have to urinate (pass water) more than 6 times a day? | | |
| • Are you thirsty much of the time? | | |
| I. Hepatitis, jaundice or liver disease? | | |
| J. Arthritis? | | |
| K. Inflammatory rheumatism? (Swollen joints) | | |
| L. Stomach ulcers? | | |
| M. Kidney trouble? | | |
| N. Tuberculosis? | | |
| O. Anemia? | | |
| P. A persistent cough or cough up blood? | | |
| • Do you have prosthetic hip or joint prosthesis, implants, bone plates or pins? | | |
| If so, what _____ | | |
| 6. Have you had abnormal bleeding associated with previous extractions, surgery, or trauma? | | |
| • Do you bruise easily? | | |
| • Have you ever required a blood transfusion? | | |
| if so, explain _____ | | |
| 7. Have you ever taken Phen-fen? | | |
| 8. Do you drink Alcoholic Beverages? | | |

- | | Sí | No |
|--|----|----|
| 1. ¿Está usted en buena salud? | | |
| 2. ¿Ha habido cambio de su salud durante el último año pasado? | | |
| Mi último examen médico fue en _____ | | |
| 3. ¿Está ahora bajo atención médica? | | |
| Si es así, que enfermedad se está curando | | |
| _____ | | |
| El nombre y # de teléfono de mi médico es | | |
| _____ | | |
| Por favor detalle cualquier medicamentos que está tomando: | | |
| _____ | | |
| _____ | | |
| 4. ¿Ha estado hospitalizado de una enfermedad seria u operación dentro los últimos 5 años? | | |
| Si es así, explique _____ | | |
| _____ | | |
| 5. ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas: | | |
| A. ¿Alta o Baja presión arterial? (sangre) | | |
| B. ¿Enfermedad del Corazón: Válvulas artificiales o dañadas, insuficiencia cardiaca, oclusión coronaria, arteriosclerosis, síncope, Lesión cardiaca o Mitral Válvula Prolapso? | | |
| • ¿Tiene dolor en el pecho cuando hace esfuerzo? | | |
| • ¿Le falta el aire después de hacer algún ejercicio? | | |
| • ¿Se le hinchan los tobillos? | | |
| • ¿Cuándo se acuesta, le falta aire para respirar o le faltan más almohadas para dormir? | | |
| C. ¿Tiene un marcapasos cardiaco? | | |
| D. ¿Fiebre/Infección reumática del corazón? | | |
| • ¿Problema de sinusitis? | | |
| E. ¿Asma? | | |
| F. ¿Ronchas o sarpullido? | | |
| G. ¿Desmayos y sudores o ataques? | | |
| H. ¿Diabitis? | | |
| • ¿Orina usted más de seis veces por día? | | |
| • ¿Tiene sed la mayoría del tiempo? | | |
| I. ¿Hepatitis, ictericia o enfermedad del hígado? | | |
| J. ¿Artritis? | | |
| K. ¿Inflamación reumática? (coyunturas inflamadas) | | |
| L. ¿Úlceras estomacales? | | |
| M. ¿Enfermedad del riñón? | | |
| N. ¿Tuberculosis? | | |
| O. ¿Anemia? | | |
| P. ¿Tos persistente o tos con sangre? | | |
| • ¿Tiene cadera o conjuntura prostética, implantes, placa de hueso ir tornillos? | | |
| Si es así, que _____ | | |
| 6. ¿Ha sangrado anormalmente, cuando una extracción dental, Cirugía o trauma? | | |
| • ¿Se moretea su piel fácilmente? | | |
| • ¿Ha requerido transfusión de sangre? | | |
| Sí es así, explique _____ | | |
| 7. ¿Ha tomado usted Phen-fen? | | |
| 8. ¿Usted toma tragos alcohólicos? | | |



	Yes	No		Sí	No
9. Do you Smoke? If so, how much _____			9. ¿Usted Fuma? Si es cierto, cuanto _____		
10. Have you had surgery or x-ray treatment for a tumor, growth or other condition of your mouth or lips?			10. ¿Ha tenido cirugía o rayos x para tratar algún tumor, creco, u otra enfermedad de la boca o labios?		
11. Are you taking any of the following: A. Antibiotics or sulfa drugs? B. Anticoagulants? (Blood thinners)..... If so, what _____ C. Medicine for high blood pressure? D. Cortisone? (Steroids)..... E. Tranquilizers? F. Antihistamine? G. Insulin, tolbutamide (orinase) or similar drug? H. Digitalis or drugs for heart trouble? I. Nitroglycerin? J. Oral contraceptive or other hormonal therapy? K. Biphosphanates or any other bone cancer medications?			11. Está tomando los siguientes medicamentos: A. ¿Sulfamidas o antibióticos?..... B. ¿Anticoagulantes? (aclerar la sangre)..... Sí es así, que _____ C. ¿Medicamento contra la alta presión?..... D. ¿Cortisona? (esteroide)..... E. ¿Tranquilizantes?..... F. ¿Antihistaminico?..... G. ¿Insulina, tobutamida o drogas similares?..... H. ¿Para enfermedades del corazón?..... I. ¿Nitroglicerina?..... J. ¿Anticonceptivos orales u otra terapia hormonal? K. ¿Biphosphanates o cuaesquiera otras medicaciones del cáncer de hueso?		
12. Are you allergic or have you reacted adversely to: A. Local anesthetics? B. Penicillin or other antibiotics? C. Barbiturates, sedatives or sleeping pills? D. Aspirin or Sulfa Drugs? E. Iodine? F. Codeine or other narcotics? G. Latex or rubber products? H. Other _____			12. ¿Esta alérgico o ha reaccionado adversamente a: A. ¿Anestesia local?..... B. ¿Antibióticos o penicilina?..... C. ¿Barbitúrico, sedantes o pastillas para dormir?..... D. ¿Aspirina ir Drogas con solfas?..... E. ¿Yodo?..... F. ¿Codeína u otros narcóticos?..... G. ¿Látex o productos de hule?..... H. Alguna otra _____		
13. Have you had any problems or serious trouble associated with any previous dental treatment? If so, explain _____			13. ¿Ha tenido algún problema después de haber tenido un tratamiento dental? Si es así explique _____		
14. Are you employed in any situation which exposes you regularly to x-rays or other ionizing radiation?			14. ¿Está trabajando o está en una situación donde está expuesto regularmente a radiografías o alguna otra forma de radiación?		
15. Do you have, or have you had personal contact with anyone who has the following? (please circle) A. Herpes B. Hepatitis C. TB D. AIDS E. Venereal Disease F. HIV			15. ¿Usted tiene o ha estado en contacto personal con alguien con lo siguiente? (por favor de circular) A. Herpes B. Hepatitis C. Tuberculosis D. SIDA E. Enfermedades Venéreas F. HVI		
16. Are you pregnant or think you might be?			16. ¿Está usted embarazada o piensa que sí?		
17. Are you nursing?			17. ¿Está amamantando (dando pecho)?		
18. Do you have any other medical, mental or physical problem/condition not listed above? (Autism, Down's Syndrome, etc.) If so, explain _____			18. ¿Tiene usted alguna otra enfermedad o condición no mencionada anteriormente? (Autismo, Síndrome de Down, etc.) Si es así, explique _____		

I 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, examination and whatever dental treatment may be agreed upon to be necessary or advisable.

Yo he leído lo de arriba y he contestado este cuestionario de Salud totalmente. He dado a conocer todos los trastornos de que conocimiento. Además certifico que yo, el que firma, presto mi consentimiento para que hagan el uso de rayos X, reexaminación o cualquier tratamiento dental que sea de acuerdo o aconsejado.

SIGNATURE OF PATIENT OR LEGAL GUARDIAN

DATE

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

Medical Clearance required: ____ Yes ____ No

For: _____

SIGNATURE OF DOCTOR (Firma del Doctor)

DATE

Update to medical history/Actualizar* Historia de salud --- *Update to noting no change in Medical History. Actualizar es notar ningún cambio en la Historia De Salud.

DATE/FECHA	COMMENTS/COMENTARIOS	PATIENT SIGNATURE/FIRMA DEL PACIENTE	DR. SIGNATURE