

Date Created:



## HEALTH HISTORY/HISTORIA DE SALUD

Patient Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Id: \_\_\_\_\_ DOB/Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Gender/Sexo: \_\_\_\_\_

### MEDICAL HISTORY/HISTORIA MÉDICA

	Yes/Sí	No
1. Are you currently under the care of a physician/Esta bajo el cuidado de un médico? Physician/Medico: _____ Office Phone/Teléfono: _____ Condition/Condición: _____		
2. Are you taking any medication(s)/Está tomando medicamento(s)? If yes, what medication(s)/Nombres de medicamento(s)?		
3. Have you had surgery or x-ray treatment for a tumor, growth, or other condition of your mouth or lips? Ha tenido cirugía o tratamiento de rayos x para algún tumor, crecimiento o condición de la boca o labios? Date/Fecha: _____		
4. Do you smoke/Fuma?		
5. Do you drink alcohol/Toma alcohol?		
6. Do you use any illicit drugs(amphetamine, cocaine,etc)/Usa drogas ilícitas (anfetamina/cocaína, etc.)?		
7. Are you allergic to or have you reacted adversely to any of the following/Tiene alergia o a tenido una reacción adversa a alguno de los siguientes? Local Anesthetics/Anestesia Local Penicillin/Penicilina Iodine/Yodo Sulfa drugs/Medicamentos con Sulfa Aspirin/Aspirina Codeine or other narcotics/Codeína o narcóticos Latex/Rubber/Goma Other/Otro: _____		
8. Do you have a prosthetic joints or metal inserts/Tiene prótesis de hueso o insertos de metal? Hip Joint Prosthesis Implants Breast Implants Bone Plates Screws Date/Fecha: _____		
9. Have you had any history of Oral Cancer/Tiene antecedentes de Cáncer Oral?		
10. Have you ever had any other type of Cancer/Tiene antecedentes de algún otro tipo de cáncer?		
11. Are you pregnant/Esta embarazada? _____ Estimated delivery date/Fecha estimada de parto: _____		
12. Are you nursing/Está dando pecho (amamantando)?		

14. Do you have or have you had any of the following/Tiene o ha tenido alguno de los siguientes condiciones médicas?

Yes/Sí No

Yes/Sí No

Yes/Sí No

A. Heart conditions/Problemas del Corazón

H. Organ Transplant/Trasplante de órgano

Q. HyO. Hyper/Hypo thyroid  
Hipertiroidismo o hipotiroidismo

I. Stroke/Derrame cerebral

B. Heart Murmur/Soplo del Corazón

Date/Fecha:

R. Arthritis/Artritis

C. Heart Attack/Ataque del Corazón

Date/Fecha:

J. Asthma/Asma

S. HIV/AIDS/VIH o Sida

D. High Blood Pressure/Alta presión

K. Seasonal Allergy/Alergia temporal

T. Stomach ulcers/Ulceras en el estomago

1. Pain in chest upon exertion

Dolor en el pecho cuando hace esfuerzo

L. Fainting spells or seizures-Epilepsy  
Desmayos o convulsiones

U. Kidney trouble/Problemas del riñón

2. Cardiac pacemaker/Marca pasos cardiaco

M. Diabetes (Type I or II)/(Tipo I o II)

V. Tuberculosis

E. Sinus trouble/Problemas de sinusitis

N. HeM. Hepatitis, jaundice or liver disease  
Hepatitis, ictericia, o problemas del hígado

W. Venereal disease/Enfermedad venérea

F. Steroid Therapy/Terapia de esteroides

O. Anemia

Y. Psychiatric Care/Cuidado psiquiátrico

G. Hives or skin rash/Ronchas o salpullido

P. Inflammaotry rheumatism(painfull, swollen,joints)  
Inflamación reumática(coyunturas inflamables)

DDS COMMENTS/Nota del dentista:

ASA I II III IV

Medical Clearance Request/Necesita Autorización Medica

Yes/Sí No

### DENTAL HISTORY/HISTORIAL DENTAL

Yes/Sí No

1. Have you seen a dentist within the past year outside of Clinicas?

Date/Fecha:

Dentist Name:

Office Phone/Teléfono:

2. When was your last x-ray? Don't Know Date:

3. Have you had abnormal bleeding associated with previous extractions, surgery, or trauma?

Ha sufrido de sangrado anormal asociado con alguna extracción previa, cirugía dental o trauma?

4. How many times do you brush your teeth each day/Cuantas veces se lava los dientes cada día? Once/Una vez Twice/Dos veces Three times/Tres veces

5. Do you use dental floss/Usa hilo dental?

6. Do your gums bleed or hurt/Le sangran o le duelen las encías?

7. Are any of your teeth sensitive to/Siente sensibilidad a lo: Hot/Caliente Cold/Frio Sweet/Dulce Pressure/Presión

8. Does food get caught in your teeth/Retiene comida en sus dientes?

9. Do you clench or grind your teeth/Aprieta o rechina sus dientes?

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

Ha tenido algún dolor en los músculos de la cara o alrededor de los oídos?

11. Does your jaw click or pop/Suena o cruje su quijada?