



DENTAL AND MEDICAL HISTORY/ HISTORIA DENTAL Y MEDICAL

Patient Name: _____ Date of Birth: _____ Weight: _____
 Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Peso: _____

- When did you last see your dentist? What was done at that time?
 ¿Cuándo fue la última visita al dentista? _____ ¿Qué le hicieron en esa ocasión? _____
- The main reason for my dental appointment is:
 La razón principal para tener mi cita con el dentista es: _____
- Are you currently experiencing any dental pain or discomfort?
 ¿Tiene dolor o molestias dentales en este momento?.....Yes/Sí No
- Have you had problems with prior dental treatment?
 ¿Ha tenido problemas con tratamientos dentales anteriores?.....Yes/Sí No
- Have you had any head, face or mouth injuries?
 ¿Ha tenido algún lesión en su cabeza, cara o boca?.....Yes/Sí No
- Do you require or have you ever required to be pre-medicated with antibiotics for every dental visit?
 ¿Requiere o alguna vez ha requerido estar premedicado con antibióticos para cada visita al dentista?Yes/Sí No
- Are you in good health?
 ¿Esta su salud buena en general?.....Yes/Sí No
- Do you have or have you ever had any of the following?
 ¿Tiene usted o ha tenido cualquiera de lo siguiente?

Yes/Sí No	Yes/Sí No	Yes/Sí No	Yes/Sí No
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Heart problems Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asthma Asma	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Steroid treatment Tratamiento esteroide	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Osteoporosis Osteoporosis
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Heart attack Ataque del corazón	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Emphysema Enfisema	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thyroid problems Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bisphosphonate therapy Terapia de bisphosphonate
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Heart murmur Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sinus problems Problemas de sinusitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia Anemia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cancer/tumor Cancer/tumor
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rheumatic fever Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis Tuberculosis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bleeding problems Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Radiation therapy Radioterapia
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Irregular heart beat Palpitación irregular del corazón	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kidney disease Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autoimmune disease Enfermedad autoinmune	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chemotherapy Quimioterapia
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Angina/chest pain Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Liver disease Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> HIV/AIDS VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fen-Phen use Usa Fen-Phen
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Heart surgery Cirugía de corazón	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ulcers or stomach problems Úlceras o problemas del estómago	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis A,B or C Hepatitis A,B o C	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eye problems Problemas de los ojos
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artificial heart valve Válvula de corazón artificial	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Seizures/epilepsy Convulsiones/epilepsia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Venereal disease Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Difficulty hearing Dificultad al oír
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Heart pacemaker Marcapasos de corazón	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mental illness Enfermedad mental	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cold sores/fever blisters Herpes labial	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Eating disorders Desorden alimenticio
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> High blood pressure Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fainting/dizziness Desmayo/vertigo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Arthritis Artritis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hospitalization Hospitalización
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stroke Embolia/ataque cerebral	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes type I or II Diabetes tipo I o II	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artificial joint Articulación artificial	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Surgeries Cirugías

- Are you allergic to or have you had a reaction to any of the following?:
 ¿Es usted alérgico o ha sufrido una reacción a alguno de los siguientes elementos?:

Yes/Sí No	Yes/Sí No	Yes/Sí No	Yes/Sí No
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Local anesthetics Anestésicos locales	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Penicillin or other antibiotics Penicilina u otros antibióticos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Codeine or other narcotics Codeína u otros narcóticos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Metals Metales
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aspirin Aspirina	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sulfa drugs Sulfas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Latex (rubber) Látex (goma)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Other Otros

- Please list all the medications you are taking (prescription, over the counter, vitamins, and/or supplements):
 Por favor anote todos los medicamentos que esta tomando (receta, sin receta, vitaminas, y/o suplementos): _____
- Do you use any recreational drugs?
 ¿Usa usted alguna droga recreativa?.....Yes/Sí No
- Do you use tobacco (smoking, snuff, chew, bidids)?
 ¿Usa tabaco (fumando, aspirado/rapé, masticado, en bidis)?.....Yes/Sí No
- Do you drink alcoholic beverages (if yes, how often)?
 ¿Bebe bebidas alcohólicas (si es así, que tan seguido)?.....Yes/Sí No
- Women/mujeres:
 - Are you or could you be pregnant?
 ¿Está o podría estar embarazada?.....Yes/Sí No
 - Are you nursing?
 ¿Está amamantando?.....Yes/Sí No
- Do you have any disease, condition, or problem not listed above?
 ¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no encuentra?.....Yes/Sí No

I certify that all the information I have provided is true to my knowledge. I will inform my dentist of any changes in my health and/or medication. I will not hold my dentist responsible for any errors or omissions that I may have made on this form. Yo certifico que toda la información que yo he dado es correcta según mi saber. Informaré a mi dentista sobre cualquier cambio en mi estado de salud y/o medicación. No haré responsables a mi dentista por cualquier error u omisión que yo haya podido cometer en este formulario.

Signature of Patient/Legal Guardian: _____ Date: _____
 Firma del paciente/Apoderado: _____ Fecha: _____
 Signature of Dentist: _____ Date: _____
 Firma del dentista: _____ Fecha: _____