

## PATIENT HEALTH HISTORY FORM/HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

In order to help us render the proper dental services to you, would you please kindly answer the following questions? Please note the space provided for remarks for any answers that require clarification or any other information you think we should have. Thank you for your cooperation.

*Para poder rendirle el mejor servicio dental, por favor conteste las siguientes preguntas. Favor fijarse en el espacio ofrecido para clarificar o añadir cualquier información que usted crea que nosotros debemos tener. Muchas gracias por su cooperación.*

Today's Date (*Fecha de hoy*): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Last Name ( <i>Apellido</i> )	First Name ( <i>Primer Nombre</i> )	Middle Initial ( <i>Inicial</i> )	SSN ( <i>Seguro Social</i> )
Date of Birth ( <i>Fecha de Nacimiento</i> )	Sex ( <i>Sexo</i> )	Height ( <i>Altura</i> )	Weight ( <i>Peso</i> )
Address ( <i>Dirección</i> )		Zip Code ( <i>Código Postal</i> )	E-mail ( <i>Correo Electrónico</i> )
Home Phone ( <i>Teléfono de la Casa</i> )	Cell Phone ( <i>Celular</i> )		Work Phone ( <i>Teléfono del Trabajo</i> )
Occupation ( <i>Ocupación</i> )	Place of Employment ( <i>Lugar de Empleo</i> )	Driver's License (# <i>de Licencia</i> )	
Spouse's Name ( <i>Nombre del Esposo/a</i> )	Spouse's Employer ( <i>Trabajo del Esposo/a</i> )	Spouse's Work Phone ( <i>Teléfono del Trabajo del Esposo/a</i> )	
Dental Insurance ( <i>Seguro Dental</i> )	Group # ( <i>Numero de Grupo del Seguro</i> )	Subscriber's Name ( <i>Nombre del Asegurado</i> )	
Subscriber's Employer ( <i>Trabajo del Asegurado</i> )		Subscriber's Date of Birth and SSN ( <i>Fecha de Nacimiento y Seguro Social del Asegurado</i> )	
Name of Physician ( <i>Nombre de su Médico</i> )		Physician's Phone ( <i>Teléfono de su Médico</i> )	
Emergency Contact Name ( <i>Nombre de Contacto en Caso de Emergencia</i> )		Emergency Contact Phone ( <i>Teléfono del Contacto</i> )	
How did you find out about our office? ( <i>Cómo supo de nuestra oficina?</i> ) _____			

### MEDICAL HISTORY/HISTORIAL MÉDICO

Have you ever been treated for the following (please check all that apply)?

*Ha estado bajo tratamiento por las siguientes condiciones (por favor marque lo que aplique)?*

- |   |                        |  |
|---|------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Heart Attack ( <i>Ataque al Corazón</i> )                                  | On ( <i>en</i> ) _____ | <input type="checkbox"/> Fainting Spells ( <i>Desmayos</i> )                   |
| <input type="checkbox"/> Stroke ( <i>Derrame Cerebral</i> )   | On ( <i>en</i> ) _____ | <input type="checkbox"/> Epilepsy ( <i>Epilepsia</i> )                         |
| <input type="checkbox"/> Heart Murmur ( <i>Soplo Cardíaco</i> )                                     |                        | <input type="checkbox"/> Seizures ( <i>Convulsiones</i> )                      |
| <input type="checkbox"/> Mitral Valve Prolapse ( <i>Prolapso de la Válvula Mitral</i> )             |                        | <input type="checkbox"/> Convulsions ( <i>Convulsiones</i> )                   |
| <input type="checkbox"/> Pacemaker ( <i>Marcapaso</i> )   |                        | <input type="checkbox"/> Bronchitis ( <i>Bronquitis</i> )                      |
| <input type="checkbox"/> Angina/Chest Pain ( <i>Angina/Chest Pain</i> )                             |                        | <input type="checkbox"/> Asthma ( <i>Asma</i> )                                |
| <input type="checkbox"/> Low Blood Pressure ( <i>Presión Sanguínea Baja</i> )                       |                        | <input type="checkbox"/> Emphysema ( <i>Enfisema</i> )                         |
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure ( <i>Presión Sanguínea Alta</i> )                      |                        | <input type="checkbox"/> T.B. ( <i>Tuberculosis</i> )                          |
| <input type="checkbox"/> Anemia ( <i>Anemia</i> )   |                        | <input type="checkbox"/> Hepatitis ( <i>Hepatitis</i> )                        |
| <input type="checkbox"/> Leukemia ( <i>Leucemia</i> )   |                        | <input type="checkbox"/> Jaundice ( <i>Ictericia</i> )                         |
| <input type="checkbox"/> Other Heart Condition ( <i>Otra Condición del Corazón</i> ) _____          |                        | <input type="checkbox"/> Cirrosis ( <i>Cirrosis</i> )                          |
|   |                        | <input type="checkbox"/> Ulcers ( <i>Úlceras</i> )                             |
| <input type="checkbox"/> Prolonged Bleeding ( <i>Sangrado Prolongado</i> )                          |                        | <input type="checkbox"/> Cancer/Chemotherapy ( <i>Cáncer/Quimioterapia</i> )   |
| <input type="checkbox"/> Artificial Joints/Valves ( <i>Articulaciones o Válvulas Artificiales</i> ) |                        | <input type="checkbox"/> Herpes/Fever Blisters ( <i>Herpes/Herpes Labial</i> ) |
| <input type="checkbox"/> Arthritis ( <i>Artritis</i> )  |                        | <input type="checkbox"/> Glaucoma ( <i>Glaucoma</i> )                          |
| <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever ( <i>Fiebre Reumática</i> )                                |                        | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS ( <i>Sida</i> )                              |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Type I ( <i>Diabetes Tipo I</i> )                                 |                        | <input type="checkbox"/> Kidney Disease ( <i>Enfermedad de los Riñones</i> )   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Type II ( <i>Diabetes Tipo II</i> )                               |                        | <input type="checkbox"/> Thyroid Disease ( <i>Enfermedad de tiroides</i> )     |
| <input type="checkbox"/> Other ( <i>Otro</i> ) _____  |                        |  |

- Are you allergic to? (*Es usted alérgico/a a?*)
- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Local injected anesthetics ( <i>Anestesia Local</i> ) | <input type="checkbox"/> Penicillin ( <i>Penicilina</i> ) | <input type="checkbox"/> Codeine ( <i>Codeína</i> )  | <input type="checkbox"/> Aspirin ( <i>Aspirina</i> ) |
|  | <input type="checkbox"/> Latex ( <i>Látex</i> )           | <input type="checkbox"/> Other ( <i>Otro</i> ) _____ |  |
- Are you pregnant? (*Está embarazada?*)
- |  |   |                               |
|--|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Yes ( <i>Sí</i> ) | <input type="checkbox"/> No ( <i>No</i> ) | Months ( <i>Meses</i> ) _____ |
|--|---|-------------------------------|

Are you taking any blood thinners such as Plavix, Coumadin, or Heparin? (*Esta usted tomando medicinas anti-coagulantes como Plavix, Coumadin, o Heparin?*)  Yes (Si)  No (No)

List all current medications (*Liste las medicinas que está tomando actualmente*): \_\_\_\_\_

Is there anything of importance in your medical history that has not been asked? (*Hay algo que quisiera añadir que no se ha preguntado sobre su historial médico?*) \_\_\_\_\_

### DENTAL HEALTH/SALUD DENTAL

Please answer all of the following questions (*Por favor conteste todas las siguientes preguntas*):

- 1) Reason for your visit (*Razón de su visita*) \_\_\_\_\_
- 2) When was your last dental visit (*Cuándo fue su último examen dental?*) \_\_\_\_\_
- 3) Have you ever had any serious complications associated with a previous dental treatment? Explain. (*Ha tenido algún problema serio relacionado a algún tratamiento dental previo? Explique.*) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 4) How often do you brush? (*Con qué frecuencia se cepilla los dientes?*) \_\_\_\_\_
- 5) How often do you floss? (*Con qué frecuencia usa el hilo dental?*) \_\_\_\_\_
- 6) What texture toothbrush do you use? (*Qué textura de cepillo usa?*)  
 Soft (*Suave*)  Medium (*Mediano*)  Hard (*Duro*)  Nylon (*Natural*)
- 7) Do your gums bleed when (*Sangran sus encías al*)  Brushing (*Cepillarse*)  Flossing (*Pasar el hilo dental*)
- 8) Do you feel discomfort when your teeth come in contact with liquids or foods that are hot, cold, sour or sweet? (*Siente sensación de dolor cuando sus dientes entran en contacto con líquidos o comidas que están calientes, frías, agrias, o dulces?*)  Yes (Si)  No (No)  
Explain (*Explique*) \_\_\_\_\_
- 9) Do you have dentures, fillings, missing teeth or loose teeth? (*Usted tiene dientes postizos, empastes, le faltan dientes o tiene dientes flojos?*)  Yes (Si)  No (No)  
Explain (*Explique*) \_\_\_\_\_
- 10) Do your gums feel tender or swollen? (*Sus encías se sienten sensibles o inflamadas?*)  Yes (Si)  No (No)
- 11) Do you gag easily? (*Tiene tendencia a asquear fácilmente?*)  Yes (Si)  No (No)
- 12) Do you clench or grind your jaw? (*Tiende a apretar o rechinar sus dientes?*)  Yes (Si)  No (No)

**I am interested in (*Estoy interesado/a en*)... Please check all that apply (*Por favor marque lo que aplique*):**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Whiter teeth ( <i>Dientes más blancos</i> )                              | <input type="checkbox"/> A better smile ( <i>Una mejor sonrisa</i> )             |
| <input type="checkbox"/> Replacing missing teeth ( <i>Reemplazar dientes que faltan</i> )         | <input type="checkbox"/> Straightening my teeth ( <i>Enderezar mis dientes</i> ) |
| <input type="checkbox"/> Fixing broken or fractured teeth ( <i>Arreglar dientes fracturados</i> ) | <input type="checkbox"/> Healthier gums ( <i>Tener encías más saludables</i> )   |
| <input type="checkbox"/> Extracting wisdom teeth ( <i>Extraer cordales</i> )                      | <input type="checkbox"/> A better bite ( <i>Una mejor mordida</i> )              |
| <input type="checkbox"/> Eliminating pain/discomfort ( <i>Eliminar dolor/incomodidad</i> )        | <input type="checkbox"/> A healthy mouth ( <i>Una boca saludable</i> )           |
| <input type="checkbox"/> Other ( <i>Otro</i> ) _____  |  |

**Thank you for completing this form. It will enable us to help you more effectively. If you have any questions at any time, please ask us. We are happy to help. Our office is committed to exceeding the standards of infection control mandated by OSHA, the CDC, and the ADA.**

**Gracias por haber llenado este formulario. Esto nos permitirá ayudarle más efectivamente. Si tiene alguna pregunta en cualquier momento, por favor déjenoslo saber. Nos dará gusto ayudarle. Nuestra oficina está dedicada a exceder los estándares para el control de infecciones establecidos por OSHA, el CDC y la ADA.**

### Consent for treatment/Permiso para tratamiento

This is to certify that I, the undersigned, consent to the performing of dental and oral surgical procedures agreed to be necessary or advisable, including local anesthetic, as indicated. I will assume responsibility for fees associated with dental procedures I agree to.

*Certifico que yo, el abajo firmante, doy mi consentimiento para que se me atienda con cualquier procedimiento dental o de cirugía que sea necesario o que se me aconseje como necesario, incluyendo el uso de anestesia local. Yo asumiré responsabilidad por cualquier cargo que esté relacionado con este tratamiento dental que yo he acordado.*

\_\_\_\_\_  
Patient's Signature (*Firma del Paciente*)

\_\_\_\_\_  
Date (*Fecha*)