



DENTAL HEALTH HISTORY/ HISTORIA CLINICA DENTAL

Date/Dia: _____

Patient Name/Nombre Del Paciente: _____ Age/Edad: _____

Date of Birth/Fecha De Nacimiento: _____

Social Security Number/Seguro Social Número: _____

Circle one: Male or Female/Marque Con Un Circulo: Mujer o Hombre

Home phone number:/Teléfono de la Casa: _____

Cell phone number:/ Número de teléfono celular: _____

Address:/ Dirección: _____ City:/Ciudad: _____

State:/Estado: _____ Zip Code:/ Código Postal: _____

Primary Care Physician:/ Médico de Atención Primaria: _____

City/State:/Ciudad/Estado: _____

Physician Phone:/Numero de Médico de Atención: _____

Allergies (Patient):/Alergias (Paciente):

Are you allergic to Latex YES or NO/ ¿Es usted alérgico al látex SI o NO

Are you allergic to any medications: YES or NO/ ¿Es alérgico a algún medicamento: SI o NO

If yes, please list all medications:/ En caso afirmativo, por favor indique todos los medicamentos:

Medical History (Patient) Please circle if you have had or currently have any of the following: /

Historia Médica (Paciente) Por favor, Indique si ha tenido o tiene actualmente alguna de las siguientes enfermedades –por favor haga un círculo

- Asthma/Asma
- Angina/Angina
- Anemia/BloodDisorder/Hemophilia/Anemia
Desordenes de Sangrado/Hemofilia
- Easy Bruising or Bleeding/Moretones o
Sangrado
- Clotting Disorders/ La coagulación
Trastornos
- Heart Problems/Problemas del Corazón
- ADD/ADHD/ Trastorno por déficit de
atención/ Trastorno por déficit de atención
con hiperactividad
- Bipolar Disorder/ Depression/ Trastorno
Bipolar / Depresión
- Developmental Problems/Problemas de
Creciento
- Breathing Problems/COPD/Emphysema/
Problemas respiratorios / EPOC / Enfisema
- Diabetes/Diabetes
- Cancer/Cancer
- High Blood Pressure/Presion Alta
- Thyroid Disorder/Disordenes de La Tiroides
- History of Substance Abuse/Historia de
abuso de sustancias-drogas
- History of Alcohol Abuse/Historia de abuso
de alcohol
- Consume 3 or more Alcoholic drinks per
day/
- Tuberculosis/Tuberculosis
- Vascular Disease/Enfermedad Vasculares
- Epilepsy/Seizures/ Epilepsia / Convulsiones
- Arthritis/Arthritis
- Rheumatic Fever/Fevere Reumatica
- Sinus Problems/Problemas nasales
- Sexually Transmitted Diseases/
Enfermedades de Transmisión Sexual
- HIV/AIDS/SIDA
- Kidney Disorder/Dialysis/ Trastorno renal /
diálisis
- Liver Problems/Hepatitis/ problemas del
hígado / Hepatitis
- Stomach/Bowel Problems/ Estómago /
Problemas intestinales
- Glaucoma/ Tension Ocular
- Spina Bifida/ Defecto Fractura En La
Columna Vertebral
- Stroke/Derrame Cerebral
- Fainting Spells/ Desmayos
- Joint Replacement/ Reemplazo de
Articulaciones

If you answered yes to any of the above questions please explain:

Si usted contestó sí a alguna de las preguntas anteriores, por favor explique:

Have you been hospitalized in the past five years? Circle one: YES or NO If yes, please give date(s) and reason(s) for hospitalization:

¿Ha sido hospitalizado en los últimos cinco años? Circule uno: Sí o NO En caso afirmativo, indique la fecha (s) y la razón (s) para la hospitalización:

Family Medical History: Please check if yes for immediate family members (i.e. siblings, parents, grandparents)
Historial Médico Familiar: Por favor, indique SI sus familiares inmediatos han tenido o tienen las siguientes enfermedades: (es decir, hermanos, padres, abuelos)

- Diabetes/Diabetes
- Cancer/Cancer
- Anemia/Bleeding Disorder/Anemia/Desordenes de Sangrado
- Stroke/ Derrame Cerebral
- Heart Attack/Ataque al Corazón
- High Blood Pressure/ Presión Alta
- Tuberculosis/
Tuberculosis
- Vascular Disease/ Enfermedad Vasculares
- Heart Problems/ Problemas del Corazón

- Kidney Disorder/Dialysis/ Trastorno renal / diálisis

- Hemophilia/Hemofilia

If you answer yes to the following, please list how often: /

Si responde afirmativamente a la siguiente, por favor indique con qué frecuencia:

Do you (patient) use/smoke/chew tobacco? Yes No How often? / usted (el paciente) uso / fumo / masca tabaco?
 Sí No ¿Con qué frecuencia? _____

Do you regularly use alcohol? Yes No How many per day? ¿Utiliza regularmente alcohol? Sí No ¿Con qué frecuencia? _____

Do you or have you ever used street drugs? Yes No How often? ¿Usted o alguna vez ha usado drogas de la calle? Sí No ¿Con qué frecuencia? _____

Are you currently in a Substance Abuse Treatment Program? Yes No If yes, which one?
 Esta en un programa de abuso de sustancias/drogas? Si ____ No Donde?

Do you want help with current Substance or Alcohol Abuse? Yes No If yes, which one?
 Necesita ayuda con un programa de sustancias/drogas? Si _____ No _____

LIST MEDICATIONS YOU (PATIENT) CURRENTLY TAKE: (include "as needed" and over-the-counter) /

MEDICAMENTOS DE LA LISTA QUE (PACIENTE) ACTUALMENTE TOMA: (incluir "según sea necesario" y over-the-counter)

Name of Medication, Dose, Times per Day/ Nombre del medicamento, la dosis, veces al día	Name of Medication, Dose, Times per Day/ Nombre del medicamento, la dosis, veces al día

If you are taking any blood thinners, aspirin, Plavix, or Coumadin or others, you must contact your doctor to see whether or not you must discontinue the product before dental surgery and when you can restart taking the drug./

Si usted está tomando anticoagulantes, aspirina, Plavix o Coumadin u otros, que deben ponerse en contacto con su médico para ver si es o no debe descontinuar el producto antes de la cirugía dental y cuándo puede volver a tomar el medicamento.

DENTAL HISTORY/ HISTORIA DENTAL

Why are you here today?/ ¿Por qué estás aquí hoy?

Do you have any previous dental records?/ ¿Tiene alguna registros dentales anteriores? _____

Date of last visit to the dentist:/ Fecha de la última visita al dentista: _____

Reason for last dental visit: / Motivo de la última visita al dentista:

Please answer the following questions:/ Por favor, conteste las siguientes preguntas:

Do any of your teeth hurt?/ Le Duele Alguno de sus dientes? Si No

Are your teeth sensitive to hot, cold, sweets, or pressure? Son sus dientes sensibles al calor, frío, dulces, o presión? Si No

Are any of your teeth loose?/ ¿Alguno de sus dientes están flojos? Si No

Are there any sores or growths in your mouth?/ ¿Tiene úlceras o tumores en la boca? Si No

Are you wearing a removable dental appliance (dentures/retainer)?/ ¿Estás Usando dentadura postiza dental removable (prótesis / retenedor) ? Si No

Have you ever had orthodontic treatment (braces/ retainer)?/ ¿Alguna vez ha tenido tratamiento de ortodoncia (frenillos / retención)? Si No

Have you ever had a problem after extraction (bleeding/dry socket)? / ¿Alguna vez has tenido un problema después de la extracción (sangrado socket / seco)? Si No

Have you ever had abnormal bleeding? / ¿Alguna vez has tenido un sangrado anormal? Si No

Have you ever had an allergic/adverse reaction to dental treatment?/ ¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica / mala reaccion al tratamiento dental? Si No

Have you ever fainted in the dental office? / ¿Alguna vez se desmayó en el consultorio dental? Si No

Have you ever had to take an antibiotic prior to dental treatment?/ ¿Alguna vez has tenido que tomar antibióticos antes de un tratamiento dental? Si No

Do you have pain and/or clicking in the jaw joint around your ear? / ¿Tiene dolor y / o chasquido en la articulación de la mandíbula alrededor de la oreja? Si No

Do your gums bleed? / ¿Le sangran las encías?

__ Si __ No

Do you grind your teeth or clench your jaws?/ ¿Usted rechinar los dientes o aprieta la mandíbula?

__ Si __ No

Do you have any other dental complaints?/ ¿Usted tiene algun otro problema o queja dental?

__ Si __ No

I certify that the answers to the health questions are accurate and correct to the best of my knowledge. Since a change of medical condition or a change in medications can affect dental treatment, I understand the importance of and agree to notify the dentist of any changes at any subsequent appointment./

Certifico que las respuestas a las preguntas sobre la salud son exactos y correctos en lo mejor de mi conocimiento. Dado que un cambio del estado de salud o un cambio en los medicamentos puede afectar el tratamiento dental, entiendo la importancia y estoy de acuerdo en notificar al dentista cualquier cambio en cualquier cita posterior.

Patient/ Guardian Signature: / Firma del Paciente / Tutor: _____ Date/Dia: _____

Emergency Contact:/Emergencia Contacto:____ Numero Telefono: _____

Provider Signature: / Firma del Proveedor: _____