

# 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? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Has there been any significant change in your general health within the past year? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| My last physical was on _____  |                          |                          |
| 3. Are you now under the care of a physician? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| If so, explain _____   |                          |                          |
| _____  |                          |                          |
| 5. Do you have or have you had any of the following diseases or problems:  |                          |                          |
| A. High or Low Blood Pressure? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| B. Heart Conditions: Damaged/Artificial heart valves, cardiovascular disease, murmurs, coronary insufficiency/occlusion, stroke, heart lesions or Mitral Valve Prolapse? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Do you have pain in chest upon exertion? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Are you ever short of breath after mild exercise? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Do your ankles swell? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Do you get short of breath when you lie down or do you require extra pillows when you sleep? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| C. Do you have a cardiac pacemaker? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| D. Do you have Rheumatic Fever/Heart Disease? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sinus trouble? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| E. Asthma? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| F. Hives or skin rash? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| G. Fainting spells or seizures? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| H. Diabetes? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Do you have to urinate (pass water) more than 6 times a day? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Are you thirsty much of the time? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| I. Hepatitis, jaundice or liver disease? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| J. Arthritis? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| K. Inflammatory rheumatism? (Swollen joints) .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L. Stomach ulcers? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| M. Kidney trouble? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| N. Tuberculosis? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| O. Anemia? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| P. A persistent cough or cough up blood? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Do you have prosthetic hip or joint prosthesis, implants, bone plates or pins? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| If so, what _____  |                          |                          |
| 6. Have you had abnormal bleeding associated with previous extractions, surgery, or trauma? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Do you bruise easily? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Have you ever required a blood transfusion? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| If so, explain _____   |                          |                          |
| 7. Have you ever taken Phen-fen? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Do you drink Alcoholic Beverages? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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



9. Do you Smoke? .....  Yes  No  
If so, how much \_\_\_\_\_

10. Have you had surgery or x-ray treatment for a tumor, growth or other condition of your mouth or lips? .....  Yes  No

11. Are you taking any of the following:  
A. Antibiotics or sulfa drugs? .....  Yes  No  
B. Anticoagulants? (Blood thinners) .....  Yes  No  
If so, what \_\_\_\_\_  
C. Medicine for high blood pressure? .....  Yes  No  
D. Cortisone? (Steroids) .....  Yes  No  
E. Tranquillizers? .....  Yes  No  
F. Antihistamine? .....  Yes  No  
G. Insulin, tolbutamide (orinase) or similar drug? ....  Yes  No  
H. Digitalis or drugs for heart trouble? .....  Yes  No  
I. Nitroglycerin? .....  Yes  No  
J. Oral contraceptive or other hormonal therapy? ....  Yes  No  
K. Biphosphanates or any other bone cancer medications? .....  Yes  No

12. Are you allergic or have you reacted adversely to:  
A. Local anesthetics? .....  Yes  No  
B. Penicillin or other antibiotics? .....  Yes  No  
C. Barbiturates, sedatives or sleeping pills? .....  Yes  No  
D. Aspirin or Sulfa Drugs? .....  Yes  No  
E. Iodine? .....  Yes  No  
F. Codeine or other narcotics? .....  Yes  No  
G. Latex or rubber products? .....  Yes  No  
H. Other \_\_\_\_\_

13. Have you had any problems or serious trouble associated with any previous dental treatment? .....  Yes  No  
If so, explain \_\_\_\_\_

14. Are you employed in any situation which exposes you regularly to x-rays or other ionizing radiation? .....  Yes  No

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

16. Are you pregnant or think you might be? .....  Yes  No

17. Are you nursing? .....  Yes  No

18. Do you have any other medical, mental or physical problem/condition not listed above? (Autism, Down's Syndrome, etc.) .....  Yes  No  
If so, explain \_\_\_\_\_

9. ¿Usted Fuma? .....  Sí  No  
Si es cierto, cuanto \_\_\_\_\_

10. ¿Ha tenido cirugía o rayos x para tratar algún tumor, creco, u otra enfermedad de la boca o labios? .....  Sí  No

11. Está tomando los siguientes medicamentos:  
A. ¿Sulfamidas o antibióticos? .....  Sí  No  
B. ¿Anticoagulantes? (aclarar la sangre) .....  Sí  No  
Si es así, que \_\_\_\_\_  
C. ¿Medicamento contra la alta presión? .....  Sí  No  
D. ¿Cortisona? (esteroide) .....  Sí  No  
E. ¿Tranquilizantes? .....  Sí  No  
F. ¿Antihistaminico? .....  Sí  No  
G. ¿Insulina, tobultamida o drogas similares? .....  Sí  No  
H. ¿Para enfermedades del corazón? .....  Sí  No  
I. ¿Nitroglicerina? .....  Sí  No  
J. ¿Anticonceptivos orales u otra terapia hormonal? .....  Sí  No  
K. ¿Biphosphanates o cuaesquiera otras medicaciones del cáncer de hueso? .....  Sí  No

12. ¿Esta alérgico o ha reaccionado adversamente a:  
A. ¿Anestesia local? .....  Sí  No  
B. ¿Antibióticos o penicilina? .....  Sí  No  
C. ¿Barbitúrico, sedantes o pastillas para dormir? ....  Sí  No  
D. ¿Aspirina ir Drogas con solfas? .....  Sí  No  
E. ¿Yodo? .....  Sí  No  
F. ¿Codeína u otros narcóticos? .....  Sí  No  
G. ¿Látex o productos de hule? .....  Sí  No  
H. Alguna otra \_\_\_\_\_

13. ¿Ha tenido algún problema después de haber tenido un tratamiento dental? .....  Sí  No  
Si es así explique \_\_\_\_\_

14. ¿Está trabajando o está en una situación donde está expuesto regularmente a radiografias o alguna otra forma de radiación? .....  Sí  No

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. ¿Está usted embarazada o piensa que sí? .....  Sí  No

17. ¿Está amamantando (dando pecho)? .....  Sí  No

18. ¿Tiene usted alguna otra enfermedad o condición no mencionada anteriormente? (Autismo, Síndrome de Down, etc.) .....  Sí  No  
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 \_\_\_\_\_

SIGNATURE OF DOCTOR (Firma del Doctor) \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

\*UPDATE TO MEDICAL HISTORY/ACTUALIZAR\* HISTORIA DE SALUD

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

\*Update is noting no change in Medical History. Actualizar es notar ningún cambio en la Historia De Salud

Medical Clearance required:  YES  NO for: \_\_\_\_\_