

DENTAL MEDICAL HISTORY
HISTORIA MÉDICA DENTAL

Today's Date/Fecha de hoy: _____

Please answer each question / Por favor conteste todas las preguntas:

- 1. Does the patient now have, or ever had, any of the following medical conditions?**
¿Presenta el paciente, o ha tenido anteriormente, alguna de las siguientes condiciones médicas?

<u>Medical Condition / Condición Médica</u>		YES/SI	NO	YES/SI	NO
Heart Disease Enfermedad del corazón				High Blood Pressure Presión arterial alta	
Rheumatic Fever Fiebre reumática				Tuberculosis (TB) Tuberculosis	
Heart Murmur Murmullo o soplo cardíaco				Allergies Alergias	
Heart Attack Ataque cardíaco / Infarto del corazón				Allergic to Penicillin Alérgico a la penicilina	
Pace Maker Marcapaso				Any Drug Reactions Reacciones a medicamentos	
Stroke Embolia cerebral / Parálisis				Under the care of a physician? ¿Se encuentra actualmente bajo cuidado médico?	
Asthma Asma				Taking regular medicines? ¿Toma medicinas diariamente?	
Epilepsy/Seizures Epilepsia /Convulsiones o ataques				Sickle Cell Anemia Anemia de célula falciforme	
Diabetes Diabetes - (azúcar en la sangre)				Sexually Transmitted Disease (STD) Enfermedades transmitidas sexualmente	
Kidney Disease Enfermedad del riñón				HIV / AIDS VIH / SIDA	
Hepatitis Hepatitis – (enfermedad del hígado)				Are you pregnant? ¿Está embarazada?	
Sensitive to Latex Sensitivo al latex				Are you on birth control pills? ¿Toma pastillas anticonceptivas?	
Tobacco Use Fuma o mastica tabaco				Mental/Behavioral/Emotional Conditions Condición mental/de la conducta/emocional	
ADHD/ADD Trastorno por déficit de atención con hiperactividad / trastorno por déficit de atención				Osteoporosis (bone density) Medicine Medicamento para la osteoporosis (densidad ósea)	
Autism Spectrum Disorder Trastorno del espectro autista				Joint Replacement Reemplazo de las articulaciones	

Please explain any of the above conditions marked "YES" on the space below:

Si usted ha marcado "sí" en alguna de las preguntas anteriores, favor explique:

Please continue on reverse side of this form. / Favor de continuar al reverso de esta página.



Please continue to answer each question. / Favor continue contestando cada pregunta.

		YES/SI	NO
2.	Has the patient had any other serious illness? ¿Ha tenido el paciente otra enfermedad grave? If YES, please explain ~ Si su respuesta es "SI", por favor explique: _____ _____		
3.	Has the patient had any abnormal or prolonged bleeding associated with a previous extraction, surgery or trauma? ¿Ha tenido el paciente hemorragia anormal o prolongada asociada con extracciones dentales, cirugías o lesiones?		
4.	Has the patient ever fainted? ¿Alguna vez se ha desmayado el paciente?		
5.	Has the patient had pain in the face, cheek, jaws, or joints? ¿Ha tenido el paciente dolor en la cara, en la mejilla, en la quijada o en las articulaciones?		
6.	Has the patient had problems with lesions/recurrent infections in their mouth? ¿Ha tenido el paciente problemas con lesiones o infecciones recurrentes de la boca?		
IN THE LAST TWO YEARS / Durante los últimos dos años			
7.	Has the patient had any unintentional weight loss? ¿Ha bajado de peso el paciente, sin intención?		
8.	Has the patient been hospitalized? If so, what for? ¿Ha estado el paciente hospitalizado? ¿Por qué razón? _____		
9.	Has the patient been on any medicines? ¿Ha tomado el paciente algún medicamento recetado por el médico?		
10.	Does the patient have any other disease, condition or problem? Please explain: _____ _____ ¿Presenta el paciente alguna otra enfermedad, condición o problema? Favor explique: _____		
11.	Name, address and phone number of the patient's physician: _____ Nombre, dirección y teléfono del médico del paciente: _____		
12.	Is the patient now having, or ever had any dental problems? _____ ¿Presenta el paciente actualmente, o ha presentado en el pasado algún problema dental?		
13.	Who can we contact in case of an emergency? Name and Phone number: _____ ¿A quién debemos contactar en caso de emergencia? Nombre y número de teléfono: _____		
SIGNATURE / FIRMA _____ Date: _____ Patient (Parent or guardian - if patient is a minor) (Fecha) Paciente (Padres o encargados – si el paciente es menor de edad)			
Recorder: _____ Date: _____			
REVIEWED BY: _____ Date: _____			