

CHATTANOOGA-HAMILTON COUNTY
HEALTH DEPARTMENT
CHATTANOOGA, TN

Place PAL Label Here

DENTAL MEDICAL HISTORY
HISTORIA MÉDICA DENTAL

Today's Date: _____

Fecha de hoy: _____

If child, please indicate school they attend and grade: _____

Si es menor de edad, indique la escuela y el grado del curso: _____

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 (la) 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) 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 Epilepsia – (ataques o convulsiones)				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)				<u>For Women Only :</u> Para mujeres solamente :	
Sensitive to Latex Sensitivo(a) al latex				Are you pregnant? ¿Está embarazada?	
Tobacco Use Fuma o mastica tabaco				Are you on birth control pills? ¿Toma pastillas anticonceptivas?	

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.

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <p>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:</p> | <p>YES NO
 SI NO</p> |
| <hr/> | |
| <p>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?</p> | <p>YES NO
 SI NO</p> |
| <p>4. Does the patient bruise easily?
 ¿Se moretea fácilmente el paciente?</p> | <p>YES NO
 SI NO</p> |
| <p>5. Has the patient ever had a blood transfusion?
 ¿Ha recibido el paciente una transfusión de sangre?</p> | <p>YES NO
 SI NO</p> |
| <p>6. Has the patient had any unintentional weight loss in the last two years?
 ¿Ha bajado de peso el paciente, sin intención, durante los últimos dos años?</p> | <p>YES NO
 SI NO</p> |
| <p>7. 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?</p> | <p>YES NO
 SI NO</p> |
| <p>8. Has the patient been hospitalized during the last two years? If so, what for?
 ¿Ha estado el paciente hospitalizado en los últimos dos años?</p> | <p>YES NO
 SI NO</p> |
| <p>9. Has the patient been on any medicines during the last two years?
 ¿Ha tomado el paciente algún medicamento recetado por el médico en los últimos dos años?</p> | <p>YES NO
 SI NO</p> |
| <p>10. Does the patient have any other disease, condition or problem that you think we need to know about? Please explain: _____</p> | |

¿Presenta el(la) paciente otra enfermedad, condición o problema que no haya sido mencionado anteriormente y que es de importancia que tengamos conocimiento? 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 which we should know about?

¿Presenta el(la) paciente actualmente, o ha presentado en el pasado algún problema dental del cual nosotros debamos tener conocimiento? _____

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)

Recorder: _____ **Date:** _____

REVIEWED BY:
 _____, D.D.S. **Date:** _____