

HEALTH HISTORY / HISTORIA DE SALUD

DATE / FECHA _____ - _____ - _____

AGE / EDAD _____ SEX / SEXO M / F

HEIGHT / ESTATURA _____ WEIGHT / PESO LBS. _____

In case of an emergency, contact (person) _____ phone # () _____ - _____

En caso de emergencia, contactar a (persona) _____ Número de teléfono: () _____ - _____

INSTRUCCIONES:

Answer all questions and fill in the blank spaces when indicated.
Answers to the following questions are for our records only and will be kept confidential.

INSTRUCCIONES: Conteste todas las preguntas y llene los espacios en blanco cuando sea necesario. Las respuestas a nuestras preguntas son únicamente para nuestros archivos, y se consideran estrictamente confidenciales.

Why are you here today? _____

When was your last visit to a dental office? ____/____/____

When were your last dental x-rays taken? ____/____/____

Are those x-rays available? Yes No

If YES please write down PRIOR DENTIST'S NAME and PHONE NUMBER:
 _____ () _____

¿Porque está aquí ahora? _____

¿Cuándo fue su última visita al dentista? ____/____/____

¿Cuándo le tomaron las últimas radiografías dentales? ____/____/____

¿Están disponible sus radiografías? Si No

Si es así, escriba el nombre del Dentista Anterior y el número de teléfono.
 _____ () _____

1. Are you in poor health _____
2. Has there been any change in your general health within the past year _____
3. My last physical was on _____
4. Are you currently under the care of a physician _____
 A. If so, what is the condition being treated _____
5. The name and address of my physician is _____

6. Have you had any serious illness or operation _____
 A. If so, what was the illness or operation _____
7. Have you been hospitalized or had a serious illness within the past five years _____
 A. If so, what was the problem _____
8. Do you have or have you had any of the following diseases or problems:
 - A. Damaged heart valves or artificial heart valves _____
 - B. Congenital heart lesions or murmurs _____
 - C. Cardiovascular disease (heart trouble, heart attack, coronary insufficiency, coronary occlusion, high blood pressure, arteriosclerosis, stroke) _____
 1) Do you have pain in chest upon exertion _____
 - 2) Are you ever short of breath after mild exercise _____
 - 3) Do your ankles swell _____
 - 4) Do you get short of breath when you lie down, or do you require extra pillows when you sleep _____
 - 5) Do you have a cardiac pacemaker _____
 - D. Sinus trouble _____
 - E. Asthma _____
 - F. Allergy _____
 - G. Hives or skin rash _____
 - H. Fainting spells or seizures _____
 - I. Diabetes _____
 1) Do you urinate (pass water) more than 6 times a day _____
 - 2) Are you thirsty much of the time _____
 - 3) Does your mouth frequently become dry _____
 - J. Hepatitis, jaundice or liver disease _____
 - K. Arthritis _____
 - L. Inflammatory rheumatism (painful, swollen joints) _____
 - M. Stomach ulcers _____
 - N. Kidney trouble _____
 - O. Tuberculosis _____
 - P. Do you have a persistent cough or cough up blood _____
 - Q. Low blood pressure _____
 - R. Venereal disease _____
 - S. Do you have a prosthetic hip _____ joint prosthesis _____ implants _____ bone plates _____ or screws _____ other _____
9. Have you had abnormal bleeding associated with previous extractions, surgery, or trauma _____
 A. Do you bruise easily _____

- YES / SI** **NO**
1. Está mal de salud _____
 2. Ha cambiado su salud durante el último año _____
 3. Mi último examen médico fue en _____
 4. Está ahora bajo atención médica _____
 A. Si es así, que enfermedad se está curando _____
 5. El nombre y domicilio de mi médico es _____

 6. Ha tenido alguna operación o enfermedad seria _____
 A. Si es así, que operación o enfermedad _____
 7. Durante los últimos cinco (5) años ha sido hospitalizado ó ha tenido alguna enfermedad seria _____
 A. Si contesta afirmativamente explique _____
 8. Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades ó problemas:
 - A. Válvulas dañadas ó válvulas artificiales del corazón _____
 - B. Lesión cardíaca congénita _____
 - C. Enfermedad cardiovascular (enfermedad del corazón, insuficiencia cardíaca, oclusión coronaria, presión arterial alta, arteriosclerosis, síncope) _____
 1) Tiene dolor en el pecho cuando hace algún esfuerzo _____
 - 2) Después de hacer algún ejercicio siente faltarle el aire _____
 - 3) Se le hinchan los tobillos _____
 - 4) Cuando se acuesta, siente que le falta aire para respirar ó necesita mas de 1 almohada para dormir _____
 - 5) Tiene marcapasos cardíaco _____
 - D. Problema de sinusitis _____
 - E. Asma _____
 - F. Alergia _____
 - G. Ronchas ó salpullido _____
 - H. Desmayos y sudores ó ataques _____
 - I. Diabetes _____
 1) Orina usted más de seis veces al día _____
 - 2) Tiene sed la mayoría del tiempo _____
 - 3) Se le reseca la boca frecuentemente _____
 - J. Malestar bilioso, hepatitis ó enfermedad del hígado _____
 - K. Artritis _____
 - L. Inflamación reumática (coyunturas inflamables con dolor) _____
 - M. Ulceras estomacales _____
 - N. Enfermedad del riñón _____
 - O. Tuberculosis _____
 - P. Tos persistente ó tose sangre _____
 - Q. Baja presión sanguínea _____
 - R. Enfermedades venéreas _____
 - S. Tiene cadera _____ ó coyuntura prostética _____ implantes _____, placa de hueso _____ ó tornillos _____
 Si es así, explique _____
 9. Ha sangrado anormalmente, cuando se le realiza una extracción dental, cirugía ó trauma _____
 A. Se moretea su piel fácilmente _____