

YES / SI

NO

- B. Have you ever required a blood transfusion
If so, explain the circumstances _____
10. Do you have any blood disorder such as anemia
11. Have you had surgery or x-ray treatment for a tumor, growth, or other condition of your mouth or lips
12. Are you taking any of the following:
- If yes, indicate which.
- A. Antibiotics or sulfa drugs _____
- B. Anticoagulants (blood thinners) _____
- C. Medicine for high blood pressure _____
- D. Cortisone (steroids) _____
- E. Tranquilizers _____ Antihistamine _____ Aspirin _____
- F. Insulin, tolbutamide (orinase) or similar drug _____
- G. Digitalis or drugs for heart trouble _____ Nitroglycerin _____
- H. Oral contraceptive or other hormonal therapy _____
- I. Other drug or medicine _____
13. Are you allergic or have you reacted adversely to any of the following:
- Local anesthetics _____
- Penicillin or other antibiotics _____
- Sulfa drugs _____
- Barbiturates, sedatives or sleeping pills _____
- Aspirin _____ Iodine _____ Codeine or other narcotics _____
- Are you allergic to latex or rubber products
- Other allergies _____
14. Have you taken the diet medication Redux® (Fen-Phen)?
15. Do you have any disease, condition, or problem not listed above that you think I should know about
16. Are you employed in any situation which exposes you regularly to x-rays or other ionizing radiation
17. Are you wearing contact lenses
18. Have you ever had any of the following conditions
- Herpes _____ Hepatitis _____ Tuberculosis _____ HIV / AIDS _____
19. Are you pregnant
20. Do you have any problems associated with your menstrual period
21. Are you nursing
22. Have you had any serious trouble associated with any previous dental treatment
- If so, explain _____
23. How often do you brush your teeth? _____ When? _____
24. Do you use dental floss.
25. Do your gums bleed or hurt?
- How often? _____
26. Are any of your teeth sensitive to: Hot _____ Cold _____
- Sweets _____ Pressure _____
27. Does food get caught in your teeth?
28. Do you have frequent headaches _____ neck aches _____ or shoulder aches?
29. Do you clench or grind your teeth?
30. Have you experienced any pain or soreness in the muscles of your face or around your ear?
31. Does your jaw click or pop?
- B. ¿Ha requerido transfusión sanguínea
Si contesta afirmativamente, explique _____
10. Tiene algún desorden sanguíneo tal como anemia
11. Ha tenido cirugía ó rayos X para tratar algún tumor, crecimiento u otra enfermedad bucal ó labial
12. Está tomando alguno de los siguientes medicamentos
- A. Sulfas ó antibióticos _____
- B. Anticoagulantes (adelgazador sanguíneo) _____
- C. Medicamento para la presión alta _____
- D. Cortisona (esteroides) _____
- E. Tranquilizantes _____ Antihistamínico _____ Aspirina _____
- F. Insulina, tobutamida (orinase) ó drogas similares _____
- G. Digitales ó medicamentos para enfermedades cardíacas _____ Nitroglicerina _____
- H. Anticonceptivos orales u otra terapia hormonal _____
- I. Otra droga ó medicina _____
13. Es usted alérgico ó ha reaccionado adversamente a los siguientes medicamentos:
- Anestesia local _____ Antibióticos o penicilina _____
- Drogas con sulfas _____
- Barbitúricos, sedantes ó pastillas para dormir _____
- Aspirina _____ Yodo _____ Codeína u otros narcóticos _____
- Es usted alérgico al latex ó productos de hule _____
- Alguna otra _____
14. Ha tomado usted el medicamento Redux® (Fen-Phen) para su dieta
15. Tiene usted alguna enfermedad condición física ó algún problema no enumerado anteriormente que usted crea que yo deba saber
16. Está trabajando ó está en una situación donde está expuesto regularmente a radiografías ó alguna otra forma de radiación
17. Usa lentes de contacto
18. Ha tenido alguna de las condiciones siguientes:
- Herpes _____ Hepatitis _____ Tuberculosis _____ HIV / SIDA _____
19. Está usted embarazada
20. Tiene algún problema asociado con su período menstrual
21. Está dando pecho (amamantando)
22. Ha tenido problemas serios asociados con tratamiento dental.
- Si contesta afirmativamente, explique.
23. Que tan seguido se cepilla los dientes _____ Cuando _____
24. Usa hilo dental
25. Le sangran ó le duelen sus encías
- Que tan seguido _____
26. Son su dientes sensibles a: Caliente _____ Frío _____
- Dulce _____ Presión _____
27. Retiene comida en sus dientes
28. Tiene dolores de cabeza _____ cuello _____ u hombro frecuentemente _____
29. Aprieta ó rechina sus dientes
30. Ha tenido algun dolor en los músculos de la cara o alrededor de los oídos
31. Suenan ó cruje su quijada

FOLLOW UP to Medical History by DENTIST ONLY _____

I hereby certify that I have read the foregoing and 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 and examination.

Por la presente certifico que he leído y completado el cuestionario de salud totalmente. He dado a conocer los trastornos de los que tengo conocimiento. El suscrito certifica y da su consentimiento para que se realicen los rayos X y el examen necesario.

SIGNATURE OF PATIENT or Guardian if patient is a minor
FIRMA DEL PACIENTE ó del tutor legal (si el paciente es menor de edad) X _____

DATE
(Fecha) _____

SIGNATURE OF DENTIST (FIRMA DEL DENTISTA) X _____
DATE _____

DATE
(Fecha) _____

UPDATE	DATE	COMMENTS	DR. SIGNATURE	EMPLOYEE #	PATIENT SIGNATURE