



DENTAL AND MEDICAL HISTORY/ HISTORIA DENTAL Y MEDICAL

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_
Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

- 1. When did you last see your dentist? What was done at that time?
¿Cuándo fue la última visita al dentista? ¿Qué le hicieron en esa ocasión?
2. The main reason for my dental appointment is:
La razón principal para tener mi cita con el dentista es:
3. Are you currently experiencing any dental pain or discomfort?
¿Tiene dolor o molestias dentales en este momento?
4. Have you had problems with prior dental treatment?
¿Ha tenido problemas con tratamientos dentales anteriores?
5. Have you had any head, face or mouth injuries?
¿Ha tenido algún lesión en su cabeza, cara o boca?
6. Do you require or have you ever required to be pre-medicated with antibiotics for every dental visit?
¿Requiere o alguna vez ha requerido estar premedicado con antibióticos para cada visita al dentista?
7. Are you in good health?
¿Esta su salud buena en general?
8. Do you have or have you ever had any of the following?
¿Tiene usted o ha tenido cualquiera de lo siguiente?

Table with 4 columns of medical conditions and Yes/No checkboxes. Conditions include Heart problems, Asthma, Steroid treatment, Osteoporosis, Heart attack, Emphysema, Thyroid problems, Bisphosphonate therapy, Heart murmur, Sinus problems, Anemia, Cancer/tumor, Rheumatic fever, Tuberculosis, Bleeding problems, Radiation therapy, Irregular heart beat, Kidney disease, Autoimmune disease, Chemotherapy, Angina/chest pain, Liver disease, HIV/AIDS, Fen-Phen use, Heart surgery, Ulcers or stomach problems, Hepatitis A,B or C, Eye problems, Artificial heart valve, Seizures/epilepsy, Venereal disease, Difficulty hearing, Heart pacemaker, Mental illness, Cold sores/fever blisters, Eating disorders, High blood pressure, Fainting/dizziness, Arthritis, Hospitalization, Stroke, Diabetes type I or II, Artificial joint, Surgeries.

9. Are you allergic to or have you had a reaction to any of the following?:
¿Es usted alérgico o ha sufrido una reacción a alguno de los siguientes elementos?:

Table with 4 columns of allergies and Yes/No checkboxes. Allergies include Local anesthetics, Penicillin or other antibiotics, Codeine or other narcotics, Metals, Aspirin, Sulfa drugs, Latex (rubber), Other.

10. Please list all the medications you are taking (prescription, over the counter, vitamins, and/or supplements):
Por favor anote todos los medicamentos que esta tomando (receta, sin receta, vitaminas, y/o suplementos):

- 11. Do you use any recreational drugs?
¿Usa usted alguna droga recreativa?
12. Do you use tobacco (smoking, snuff, chew, bidids)?
¿Usa tabaco (fumando, aspirado/rapé, masticado, en bidis)?
13. Do you drink alcoholic beverages (if yes, how often)?
¿Bebe bebidas alcohólicas (si es así, que tan seguido)?
14. Women/mujeres:
a. Are you or could you be pregnant?
¿Está o podría estar embarazada?
b. Are you nursing?
¿Está amamantando?
15. Do you have any disease, condition, or problem not listed above?
¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no encuentra?

I certify that all the information I have provided is true to my knowledge. I will inform my dentist of any changes in my health and/or medication. I will not hold my dentist responsible for any errors or omissions that I may have made on this form. Yo certifico que toda la información que yo he dado es correcta según mi saber. Informaré a mi dentista sobre cualquier cambio en mi estado de salud y/o medicación. No haré responsables a mi dentista por cualquier error u omisión que yo haya podido cometer en este formulario.

Signature of Patient/Legal Guardian: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_
Firma del paciente/Apoderado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_
Signature of Dentist: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_
Firma del dentista: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_