



UNICARE COMMUNITY HEALTH CENTER
DENTAL AND MEDICAL HISTORY/ *HISTORIA DENTAL Y MEDICAL*

FIRST NAME/PRIMER NOMBRE _____

LAST NAME/APELLIDO _____

DOB/FECHA DE NACIMIENTO _____

1. Are you in good health?
¿Esta su salud buena en general?..... Yes/Sí No
2. Do you have or have you ever had any of the following?
¿Tiene usted o ha tenido cualquiera de lo siguiente?

Yes/Sí No	Yes/Sí No	Yes/Sí No	Yes/Sí No
<input type="checkbox"/> Heart problems <i>Problemas del corazón</i>	<input type="checkbox"/> Asthma <i>Asma</i>	<input type="checkbox"/> Steroid treatment <i>Tratamiento esteroide</i>	<input type="checkbox"/> Osteoporosis <i>Osteoporosis</i>
<input type="checkbox"/> Heart attack <i>Ataque del corazón</i>	<input type="checkbox"/> Emphysema <i>Enfisema</i>	<input type="checkbox"/> Thyroid problems <i>Problemas de tiroides</i>	<input type="checkbox"/> Bisphosphonate therapy <i>Terapia de bisphosphonate</i>
<input type="checkbox"/> Heart murmur <i>Soplo cardíaco</i>	<input type="checkbox"/> Sinus problems <i>Problemas de sinusitis</i>	<input type="checkbox"/> Anemia <i>Anemia</i>	<input type="checkbox"/> Cancer/tumor <i>Cancer/tumor</i>
<input type="checkbox"/> Rheumatic fever <i>Fiebre reumática</i>	<input type="checkbox"/> Tuberculosis <i>Tuberculosis</i>	<input type="checkbox"/> Bleeding problems <i>Problemas de sangrado</i>	<input type="checkbox"/> Radiation therapy <i>Radioterapia</i>
<input type="checkbox"/> Irregular heart beat <i>Palpitación irregular del corazón</i>	<input type="checkbox"/> Kidney disease <i>Enfermedad del riñon</i>	<input type="checkbox"/> Autoimmune disease <i>Enfermedad autoinmune</i>	<input type="checkbox"/> Chemotherapy <i>Quimioterapia</i>
<input type="checkbox"/> Angina/chest pain <i>Dolor de pecho</i>	<input type="checkbox"/> Liver disease <i>Enfermedad del hígado</i>	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS <i>VIH/SIDA</i>	<input type="checkbox"/> Fen-Phen use <i>Usa Fen-Phen</i>
<input type="checkbox"/> Heart surgery <i>Cirugía de corazón</i>	<input type="checkbox"/> Ulcers or stomach problems <i>Úlceras o problemas del estómago</i>	<input type="checkbox"/> Hepatitis A, B or C <i>Hepatitis A, B o C</i>	<input type="checkbox"/> Eye problems <i>Problemas de los ojos</i>
<input type="checkbox"/> Artificial heart valve <i>Válvula de corazón artificial</i>	<input type="checkbox"/> Seizures/epilepsy <i>Convulsiones/epilepsia</i>	<input type="checkbox"/> Venereal disease <i>Enfermedad venérea</i>	<input type="checkbox"/> Difficulty hearing <i>Dificultad al oír</i>
<input type="checkbox"/> Heart pacemaker <i>Marcapasos de corazón</i>	<input type="checkbox"/> Mental illness <i>Enfermedad mental</i>	<input type="checkbox"/> Cold sores/fever blisters <i>Herpes labial</i>	<input type="checkbox"/> Eating disorders <i>Desorden alimenticio</i>
<input type="checkbox"/> High blood pressure <i>Presión arterial alta</i>	<input type="checkbox"/> Fainting/dizziness <i>Desmayo/vertigo</i>	<input type="checkbox"/> Arthritis <i>Artritis</i>	<input type="checkbox"/> Hospitalization <i>Hospitalización</i>
<input type="checkbox"/> Stroke <i>Embolia/ataque cerebral</i>	<input type="checkbox"/> Diabetes type I or II <i>Diabetes tipo I o II</i>	<input type="checkbox"/> Artificial joint <i>Articulación artificial</i>	<input type="checkbox"/> Surgeries <i>Cirugías</i>

3. 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?

Yes/Sí No	Yes/Sí No	Yes/Sí No	Yes/Sí No
<input type="checkbox"/> Local anesthetics <i>Anestésicos locales</i>	<input type="checkbox"/> Penicillin or other antibiotics <i>Penicilina u otros antibióticos</i>	<input type="checkbox"/> Codeine or other narcotics <i>Codeína u otros narcóticos</i>	<input type="checkbox"/> Metals <i>Metales</i>
<input type="checkbox"/> Aspirin <i>Aspirina</i>	<input type="checkbox"/> Sulfa drugs <i>Sulfas</i>	<input type="checkbox"/> Latex (rubber) <i>Látex (goma)</i>	<input type="checkbox"/> Other <i>Otros</i>

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

5. Women/mujeres:
- a. Are you or could you be pregnant?
¿Está o podría estar embarazada?..... Yes/Sí No
- b. Are you nursing?
¿Está amamantando?..... Yes/Sí No
6. Do you have any disease, condition, or problem not listed above?
¿Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no encuentra?..... Yes/Sí No

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.

PATIENT/LEGAL GUARDIAN SIGNATURE/FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR LEGAL _____

DATE/FECHA _____

DENTIST SIGNATURE _____

DATE _____