Salud
Family Health Centers

Dental Health History

Today's Date: _____

Patient Name: _____

Date of Birth: _____ Male_____ /Female_____

CHIEF COMPLAINT

Are you, or your child/ward, having any dental problems today? Y_____N_____

Please List: _____

History of Present Illness (HPI)

Are you or your child/ward:

1. In good health? Y_____ N_____
2. Currently pregnant? Y_____ N_____ Due Date: _____
3. Currently breastfeeding? Y_____N_____
4. Experiencing swollen ankles? Y_____ N_____
5. Experiencing persistent swollen glands in your neck? Y_____ N_____

MEDICAL HISTORY

Are you or your child/ward:

1. Under the care of a physician? Y_____ N_____
   Name, Town and Phone # of Physician: _____
2. Taking, or have taken in the past, Bisphosphonate Medications (medicine for stronger bones)? Y_____ N_____
3. Experiencing bleeding abnormalities? Y_____ N_____
4. Being treated for prosthetic (artificial) heart valves or prosthetic (artificial) joints? Y_____ N_____
5. Being treated for any condition that requires you to take an antibiotic prior to receiving dental treatment? Y_____ N_____
6. Have you, or your child/ward, had any problems associated with any previous dental treatment? Y_____N_____
   Please explain: _____

Are you aware of, or have ever been told by a physician that you, or your child/ward, have any of the following symptoms and/or conditions.

Please indicate (✓) in the appropriate box.

MEDICAL CONDITION	Yes	No	MEDICAL CONDITION	Yes	No
1. Heart Disease			32. Liver Disease		
2 Heart Attack			33. Jaundice		
3. Angina			34. Cirrhosis		
4. Stroke			35. Hepatitis A		
5. Rheumatic Heart Disease			36. Hepatitis B		
6. Endocarditis			37. Hepatitis C		
7. Heart Murmur			38. Autoimmune Disorder		
8. Pacemaker			39. Lupus		
9. Hypertension (High Blood Pressure)			40. HIV		
10. Hypotension (Low Blood Pressure)			41. AIDS		
11. Chest Pain			42. STD (Sexually Transmitted Disease)		
12. Shortness of Breath			43. Chronic Diarrhea		
13. Seasonal Allergies			44. Heartburn		
14. Sinusitis (Sinus Trouble)			45. Acid Reflux		
15. Asthma			46. Ulcers		
16. Respiratory Disease			47. Seizures		
17. Emphysema			48. Epilepsy		
18. COPD			49. Syncope (Fainting Spells)		
19. Bronchitis			50. Mental Illness		
20. Chronic Cough			51. Depression		
21. Tuberculosis			52. Anxiety		
22. Clotting Disorders			53. ADHD		
23. Hemophilia			54. Arthritis		
24. Sickle Cell Trait			55. Rheumatoid Arthritis		
25. Anemia			56. Osteoporosis		
26. Diabetes			57. Cancer(Tumors or Growths)		
27. Thyroid Disease			58. Menstrual Irregularity		
28. Hyperthyroidism			59. Do you have any other conditions that we should be aware of?		
29. Hypothyroidism					
30. Kidney Disease			**Please List:**		
31. Dialysis					

Salud
Family Health Centers

Dental Health History

Patient Name: _____

Date of Birth: _____

CURRENT MEDICATIONS

1. Are you, or your child/ward, currently taking any medications? Y_____N_____
2. Please list all Prescription and non-prescription medicines (with strength and dosing) you, or your child/ward, are currently taking:

_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____

ALLERGIES/INTOLERANCE

1. Do you, or your child/ward, have any allergies? Y_____ N_____
2. Are you or your child/ward, allergic to, had a reaction to, or been told not to take the following medications:
   Latex_____ Penicillin_____ Sulfa Rx_____ Codeine_____ Local Anesthetic_____
3. Please list any other allergies:

_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____

SURGICAL HISTORY

1. Have you, or your child/ward, had any serious illness or surgery? Y_____ N_____
2. What was the illness or surgery? _____
_____
3. Have you, or your child/ward, had radiation for a tumor? Y_____ N_____
4. Have you, or your child/ward, had Joint Replacement surgery? Y_____ N_____
   Type: _____
5. Have you, or your child/ward, had Heart Valve Replacement surgery? Y_____N_____

HOSPITALIZATION HISTORY

1. Have you, or your child/ward, been hospitalized? Y_____ N_____
2. For what? _____
_____

SOCIAL HISTORY

1. Do you, or your child/ward, smoke? Y____N_____ How often do you smoke (daily, every other day, etc.)? _____
2. Do you, or your child/ward, use other tobacco products (chewing tobacco, snuff)? Y_____N_____ How often? _____
3. Do you, or your child/ward, drink alcohol? Y_____N_____ How many drinks per day or week? _____
4. Do you, or your child/ward, use any recreational drugs? Y_____N_____
   Please list: _____
_____
_____

_____ _____

Patient or Guardian Signature Date

I certify that I have read and understand the above. I acknowledge that my questions, if any, about the inquiries set forth above have been answered to my satisfaction. I will not hold my dentist, or any other member of his/her staff responsible for any errors or omissions that I may have made in the completion of this form.

Salud
Family Health Centers
EXCELLENCE. EVERY PATIENT. EVERY TIME.

Historial Medico Dental

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Hombre_____ /Mujer_____

QUEJA PRINCIPAL

¿Tiene usted o su hijo/a/tutela legal algún problema dental? S_____N_____

Por favor cite cual: _____

_____

HISTORIAL DE SALUD (HPI)

Tiene o esta usted o su hijo/a/ tutela legal:

1. ¿Buena salud? S_____ N_____
2. ¿Embarazada? S_____ N_____ Fecha de parto:_____
3. ¿Dando el pecho? S_____N_____
4. ¿Siente los tobillos inflamados? S_____ N_____
5. ¿Siente glándulas inflamadas en el cuello? S_____ N_____

HISTORIAL MEDICO

6. ¿Esta bajo el cuidado de un medico? S_____ N_____
   Nombre, Ciudad y # Telefónico del medico: _____
7. ¿Tomando, o ha tomado alguna vez, Medicamentos Bisfosfonados (medicamentos para endurecer los huesos)? S_____ N_____
8. ¿Sangrado anormal? S_____ N_____
9. ¿Tiene usted válvulas cardiacas artificiales o articulaciones prostéticas / artificiales? S_____ N_____
10. ¿Esta siendo tratado de alguna condición que le requiera tomar antibióticos antes de recibir tratamiento dental? S_____ N_____
11. ¿Alguna vez ha tenido algún problema asociado al tratamiento dental? S_____N_____
    Por favor explique: _____

Sabe usted si, o le ha dicho alguna vez un medico, si usted su hijo/a /tutela legal padece de los siguientes signos o síntomas:

Por favor marque (✓) la casilla apropiada.

CONDICION MEDICA	Si	No	CONDICION MEDICA	Si	No
1. Enfermedad Cardiaca			32. Enfermedad del hígado		
2 Ataque al corazón			33. Ictericia		
3. Angina de pecho			34. Cirrosis		
4. Ictus / ataque cerebral			35. Hepatitis A		
5. Enfermedad Reumática del corazón			36. Hepatitis B		
6. Endocarditis			37. Hepatitis C		
7. Murmullo cardiaco			38. Enfermedades Autoinmunes		
8. Marcapasos			39. Lupus		
9. Hipertensión (Presión arterial alta)			40. VIH		
10. Hipotensión (Presión arterial baja)			41. SIDA		
11. Dolor en el pecho			42. ETS (Enf. de Transmisión Sexual)		
12. Corto de aire / dificultad para respirar			43. Diarrea Crónica		
13. Alergias ambientales			44. Acidez		
14. Sinusitis			45. Reflujo Acido		
15. Asma			46. Ulceras		
16. Enfermedades Respiratorias			47. Convulsiones		
17. Enfisema			48. Epilepsia		
18. EPOC (enf. pulmonar obstructiva crónica)			49. Sincope (Desmayos)		
19. Bronquitis			50. Enfermedad mental		
20. Tos Crónica			51. Depresión		
21. Tuberculosis			52. Ansiedad		
22. Desordenes de la coagulación			53. TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad)		
23. Hemofilia			54. Artritis		
24. Anemia de células falciformes			55. Artritis reumatoide		
25. Anemia			56. Osteoporosis		
26. Diabetes			57. Cáncer(Tumores o crecimientos)		
27. Enfermedad de la tiroides			58. Irregularidad Menstrual		
28. Hipertiroidismo			59. ¿Alguna otra enfermedad o condición Que deberíamos saber?		
29. Hipotiroidismo					
30. Enfermedad de los riñones			**Por favor cite:**		
31. Diálisis					

Salud
Family Health Centers
EXCELLENCE. EVERY PATIENT. EVERY TIME.

Nombre del Paciente: _____

Fecha Nacimiento: _____

MEDICACIONES ACTUALES

1. ¿Esta usted o su hijo/a /tutela legal, tomando algún medicamento? S_____N_____
2. Por favor enumere todos los medicamentos con y sin receta (con dosis y frecuencia)que usted o su hijo/a tutela legal , este tomando:

_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____

ALERGIAS/INTOLERANCIAS

1. ¿Tiene usted o su hijo/a/tutela legal, alguna alergia? S_____ N_____
2. ¿Tiene usted o su hijo/a/tutela legal, alergia a, ha tenido alguna reacción a, o le han dicho que no tome alguno de los medicamentos citados:

   Látex_____ Penicilina_____ Sulfamidas _____ Codeína_____ Anestésicos locales_____
3. Por favor cite otras alergias:

_____ _____
_____ _____
_____ _____
_____ _____

HISTORIAL de CIRUGÍA

1. ¿Ha tenido usted o su hijo/a / tutela legal alguna enfermedad grave o cirugía? S_____ N_____
2. Cual fue la enfermedad o cirugía? _____
   _____
3. ¿Ha recibido usted o su hijo/a / tutela legal, radiación por un tumor? S_____ N_____
4. ¿Ha tenido usted o su hijo/a / tutela legal, cirugía para remplazar una articulación /articulación prostética? S_____ N_____

   Tipo: _____
5. ¿Ha tenido usted o su hijo/a / tutela legal, cirugía de reemplazo de válvulas cardiacas? S_____N_____

HOSPITALIZACIONES

1. ¿Ha sido usted o su hijo/a / tutela legal, hospitalizado? S_____ N_____
2. ¿Por que razón? _____
   _____

HISTORIAL SOCIAL

1. ¿Usted o su hijo/a/tutela legal, fuma? S____N_____ Frecuencia (diaria, de vez en cuando, etc.)? _____
2. ¿Usted o su hijo/a/tutela legal, usa otros productos de tabaco (masticable, snuff)? S_____N_____ ¿Frecuencia? _____
3. ¿Usted o su hijo/a/tutela legal, bebe alcohol? S_____N_____ ¿Cuanto bebe al día/por semana? _____
4. ¿Usted o su hijo/a/tutela legal, usa drogas? S_____N_____

   Por favor enumere cuales: _____
   _____
   _____

_____ _____

Firma del Paciente o Tutor Fecha

Yo certifico que he leído y entiendo lo anterior listado. Todas las preguntas que he tenido han sido contestadas satisfactoriamente. Yo no haré responsable a mi dentista, o a cualquier otro miembro de su personal, de los errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.