

HEALTH HISTORY

PATIENT NAME: _____

ACCOUNT #: _____

(To be completed with patient's information only. Please answer every question and circle Y or N where applicable)

Are you in good health? **Y N** Date of last physical examination: _____ / _____ / _____

Are you under the care of a physician? **Y N** Have you ever been hospitalized? **Y N**
 If so, what is the condition being treated? _____ If so, why? _____

Physician name: _____ Phone No: _____ Are you taking any medication? **Y N**
 Address: _____ City: _____ Zip: _____ If so, what? _____ Dosage: _____

Have you ever had a serious illness or operation? **Y N** Are you using any recreational drugs (marijuana, cocaine, etc.)? **Y N**
 If so, what illness or operation? _____ If so, what? _____ Frequency: _____

Have you ever been premedicated with antibiotics for your dental treatment? **Y N**

Do you have any allergies? If yes, to what? **Y N**

Latex Penicillin Tetracycline Sulfa Drugs Aspirin Codeine Other: _____

Do you have, or have you ever had any of the following (Please circle Y or N, answer all conditions):

Anemia	Y N	Bruise Easily	Y N	Tuberculosis (T.B.)	Y N	G.E. Reflux, persistent heartburn	Y N
Herpes	Y N	Head Injuries	Y N	Rheumatic Fever	Y N	Epilepsy or Seizures	Y N
Stroke	Y N	Heart Problems	Y N	Blood Transfusion	Y N	Psychiatric Treatment	Y N
Ulcers	Y N	Scarlet Fever	Y N	Joint Replacement	Y N	Hepatitis or Jaundice	Y N
Diabetes	Y N	Sinus Trouble	Y N	Nervous Disorders	Y N	Difficulty in Swallowing	Y N
Glaucoma	Y N	Heart Murmur	Y N	Tumors or Growths	Y N	Heart Ailments or Attack	Y N
Arthritis	Y N	Liver Disease	Y N	Allergies or Hives	Y N	Congenital Heart Lesions	Y N
Hay Fever	Y N	Blood Disease	Y N	Pain in Jaw Joints	Y N	X-ray or Cobalt Treatment	Y N
Tonsils	Y N	Drug Addiction	Y N	Artificial Prosthesis	Y N	Fainting Spells or Seizures	Y N
Asthma	Y N	Kidney Disease	Y N	Sickle Cell Disease	Y N	Chemotherapy (Cancer, Leukemia)	Y N
Hemophilia	Y N	Stomach Ulcers	Y N	Cortisone Medicine	Y N	Radiation Treatment of any kind	Y N
Cold Sores	Y N	Angina Pectoris	Y N	Allergies to Metals	Y N	Venereal Disease (Syphilis, Gonorrhea)	Y N
Emphysema	Y N	Mental Disorder	Y N	Excessive Bleeding	Y N	Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS)	Y N
Rheumatism	Y N	Cerebral Palsy	Y N	High Blood Pressure	Y N	TMJ (Temporomandibular Joint) Disorder	Y N
Sleep Disorder	Y N	Thyroid Disease	Y N	HIV Related Complex	Y N	Autoimmune Disease (Lupus)	Y N
Do you snore	Y N	Chicken Pox	Y N	Respiratory Disease	Y N	ADD/ADHD: _____	Y N
Other: _____		Autism/ASD	Y N			(Attention deficit/hyperactivity disorder)	

Do you wear a cardiac pacemaker? **Y N** Do you have a disease or condition not listed above? **Y N**

Have you had heart surgery? **Y N** If yes, what? _____

Do you smoke? **Y N** Since 2001, were you treated or presently scheduled to begin **Y N**
 If yes, how much? _____ Treatment with intravenous bisphosphonates (Aredia or Zometa) for
 Do you have Osteoporosis? **Y N** pain, hypercalcemia, or skeletal complications resulting from Paget's
 If yes, what medication are you taking: _____ disease multiple myeloma or metastatic cancer? Date treatment
 began: _____

Have you ever had local anesthetic (Novocaine, etc)? **Y N** Have you ever had excessive bleeding after your dental work? **Y N**

Have you ever had a reaction from local anesthetic? **Y N** Have you ever had any trouble associated with dental work? **Y N**
 If yes, explain _____ If yes, explain _____

How long since your last full mouth X-rays? _____ How long since your last dental treatment?
 _____ Weeks _____ Months _____ Years _____ Weeks _____ Months _____ Years

Women: **Y N** Do you have problems associated with your menstrual cycle? **Y N**
 Are you pregnant? **Y N** Do you take birth control pills? **Y N**
 If yes, how many weeks? _____

Comments: _____

I have filled out this questionnaire completely. I have advised you of all medical problems of which I am aware and I authorize and give full consent to perform dental services agreed between doctor and patient to be necessary or advisable, including examination, radiographs, local anesthetics and other medications as indicated. I am responsible for payments on all work performed regardless of my insurance coverage and hereby assign payment of my insurance benefits to the provider of services.

Patient Signature: _____ Date: _____
If Minor, Parent or Legal Guardian

Doctor Signature: _____ Date: _____

UPDATE TO HEALTH HISTORY

<p>Since your last visit:</p> <p>Have you seen a medical doctor? Y N</p> <p>Have you had a change in your medication? Y N</p> <p>Have you had a change in your medical condition or surgery? Y N</p> <p>Expla EIRV 2022 _____ Patier _____ Date: _____ Docto _____ Date: _____</p>	<p>Since your last visit:</p> <p>Have you seen a medical doctor? Y N</p> <p>Have you had a change in your medication? Y N</p> <p>Have you had a change in your medical condition or surgery? Y N</p> <p>Explain: _____ Patient Signature: _____ Date: _____ Doctor Signature: _____ Date: _____</p>
---	--

HISTORIAL DE SALUD

NOMBRE DEL PACIENTE _____

NO DE CUENTA: _____

(Esta forma debe ser llenada con la información de el/la **paciente únicamente**. Conteste todas las preguntas y circule **S** o **N** donde aplique)

Se encuentra en buena salud? **S N** Fecha de su último examen médico: ____/____/____

Esta bajo el cuidado de un médico? **S N** Alguna vez lo han hospitalizado? **S N**
 Si contesto si, por qué? _____
 Si contesto si, por qué? _____

Nombre del medico: _____ Teléfono: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Zona: _____
 Está tomando algún medicamento? **S N**
 Si contesto si, cuál? _____ Dosis: _____

Ha tenido alguna enfermedad seria u operación? **S N** Usa drogas recreacionales como marihuana, cocaína, etc.? **S N**
 Si contesto si, que enfermedad u operación? _____
 Si contesto si, cuál? _____ Frecuencia: _____

Alguna vez lo han pre-medicado con antibióticos antes de otorgarle servicios dentales? **S N**

Tiene usted alguna alergia? Si contesto si, a qué? **S N**

Látex Penicilina Tetracyclina Sulfas Aspirina Codeína Otra _____

Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o condiciones médicas (por favor circule S o N en cada una):

Anemia S N	Moretones S N	Tuberculosis (T.B.) S N	G.E. reflujo, ardor de estómago persistente S N
Herpes S N	Lesiones en la Cabeza S N	Fiebre Reumática S N	Epilepsia o Convulsiones S N
Embolia S N	Problemas del Corazón S N	Transfusión S N	Tratamiento Psiquiátrico S N
Ulceras S N	Fiebre Escarlatina S N	Coyunturas Artificiales S N	Hepatitis S N
Diabetes S N	Problemas del Sinus S N	Problemas Nerviosos S N	Dificultad al Tragar S N
Glaucoma S N	Soplo al Corazón S N	Tumores o Crecimientos S N	Ataques o Problemas del Corazón S N
Artritis S N	Enfermedades del Hígado S N	Ronchas, Sarpullido S N	Lesiones Congénitas del Corazón S N
Fiebre del heno S N	Enfermedades de la Sangre S N	Dolor en las Coyunturas S N	Tratamiento de Rayos-X o Cobalto S N
Anginas S N	Drogadicción S N	Prótesis Artificial S N	Desmayos S N
Asma S N	Enfermedades del Riñón S N	Sickle Cell S N	Quimioterapia (Cáncer, Leucemia) S N
Hemofilia S N	Ulceras Estomacales S N	Medicamentos de Cortisona S N	Cualquier tipo de Tratamiento Radioactivo S N
Herpes Labial S N	Angina (dolor) de Pecho S N	Alergias a Metales S N	Enfermedades Venéreas (Sífilis, Gonorrea) S N
Enfisema S N	Problemas Mentales S N	Sangrado excesivo S N	Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirido (SIDA) S N
Reumatismo S N	Parálisis Cerebral S N	Alta Presión arterial S N	Problemas de la Coyuntura Temporomandibular S N
Trastorno del sueño S N	Enfermedades de la Tiroides S N	VIH S N	ADD/ADHD S N
Ronca S N	Varisela S N	Enfermedad respiratoria S N	Otros: _____
	Autismo/Trastorno del espectro autista S N		

Tiene marcapasos para el corazón? **S N** Tiene alguna enfermedad o condición que no haya sido mencionada? **S N**
 Cual _____

Ha tenido cirugía del corazón? **S N** Desde el año 2001, lo trataron o citaron para el tratamiento con **S N**
 Fuma? **S N** bifosfonatos por vía intravenosa (Aredia o Zometa) para el dolor, **S N**
 En caso afirmativo, cuánto? _____ hipercalcemia o complicaciones esqueléticas derivadas de la **S N**
 Tiene Osteoporosis? _____ enfermedad de Paget mieloma múltiple o cáncer metastásico? Fecha **S N**
 En caso afirmativo, que medicación está tomando? _____ en que comenzó el tratamiento: _____

Alguna vez le han puesto anestesia local (Novocaína, etc.)? **S N** Ha sangrado excesivamente después de su tratamiento dental? **S N**
 Ha tenido algún tipo de reacción con la anestesia local? **S N** Ha tenido problemas asociados con su tratamiento dental? **S N**
 Si contesto si, explique: _____
 Si contesto si, explique: _____

¿Cuánto hace que le tomaron radiografías completas? _____
 _____ Semanas _____ Meses _____ Años

¿Cuánto hace desde su último tratamiento dental? _____
 _____ Semanas _____ Meses _____ Años

Mujeres: Está Embarazada? _____
 Si contesto si, cuantas semanas?: _____ **S N** Toma pastillas anticonceptivas? **S N**

Comentarios: _____

He completado este cuestionario en su totalidad. Les he advertido de todos los problemas o trastornos médicos de los que tengo conocimiento. Autorizo y doy consentimiento total para que se me otorguen los servicios dentales acordados entre el dentista y paciente como sean necesarios, incluyendo exámenes, radiografías, anestésicos locales, y otros medicamentos como sean indicados. Soy responsable por el pago de todos los servicios dentales sin importar la cobertura de mi seguro dental y por medio de la presente asigno el pago de mis beneficios dentales al proveedor de servicios.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____
 Si el paciente es menor, Padre, Madre o Tutor

Firma del Doctor: _____ Fecha: _____

CAMBIOS DE SU HISTORIAL DE SALUD

<p>Desde su última visita dental:</p> <p>Ha visto a su médico? S N</p> <p>Ha tenido cambios en sus medicamentos? S N</p> <p>Ha tenido cambios en su condición medica, o cirugía? S N</p> <p>Explique: _____</p> <p>Firma del Paciente: _____ Fecha: _____</p> <p>Firma 17v del Doctor: _____ Fecha: _____</p>	<p>Desde su última visita dental:</p> <p>Ha visto a su médico? S N</p> <p>Ha tenido cambios en sus medicamentos? S N</p> <p>Ha tenido cambios en su condición médica, o cirugía? S N</p> <p>Explique: _____</p> <p>Firma del Paciente: _____ Fecha: _____</p> <p>Firma del Doctor: _____ Fecha: _____</p>
---	---



