



PATIENT HEALTH HISTORY

Indicate below any of the following which you presently have or have had in the past. Indique Si Tiene o ha tenido en el pasado alguna de las siguientes enfermedades.

- | Yes / Si | No | |
|----------|-----|--|
| () | () | Latex allergies / Alergias al latex |
| () | () | Asthma / Asma |
| () | () | Heart murmur / Soplo en el corazón |
| () | () | Rheumatic fever / Fiebre Reumática |
| () | () | High blood pressure / Presión alta |
| () | () | Sickle cell anemia / Celulas de Anemia |
| () | () | Diabetes / Diabetes |
| () | () | ADD or Hyperactivity / ADD o Hiperactividad |
| () | () | Emotional problems / Problemas emocionales |
| () | () | Epilepsy or Seizures / Epilepsia |
| () | () | Pain in jaw joints / Dolor en la articulación de la mandíbula |
| () | () | Autism/ Autism |
| | | |
| () | () | Congenital heart lesions / Lesiones congénitas en el corazón |
| () | () | Heart disease or attack / Enfermedad o ataque del corazón |
| () | () | Angina pectoris / Angina de pecho |
| () | () | Artificial heart valve / Válvulas artificiales en el corazón |
| () | () | Heart pacemaker / Marcapaso |
| () | () | Heart surgery / Cirugia del Corazón |
| () | () | Anemia or Blood problems / Anemia o Problemas con la Sangre |
| () | () | Dialysis – Kidney (disease) / Diálisis – enfermedad del riñon |
| () | () | Artificial joints / Huesos artificiales |
| () | () | Glaucoma / Glaucoma |
| () | () | Cold sores – Fever blisters / Ulceras en la boca – por fiebre |
| | | |
| () | () | Sinus trouble / Problemas de sinusitis |
| () | () | Thyroid disease / Enfermedad de la tiroide |
| () | () | HIV-AIDS / HIV-SIDA |
| () | () | Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C / epatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C |
| () | () | Liver disease / Enfermedad del hígado |
| () | () | Blood transfusion / Transfusiones de sangre |
| () | () | Hemophilia / Hemofilia |
| () | () | Syphilis, Gonorrhoea, Herpes / Sifilis, Gonorrea, Herpes |
| () | () | Fainting or Dizziness / Desmayos o Mareos |
| () | () | Stroke / Derrame Cerebral |
| () | () | Cancer / Cancer |
| () | () | Shunt / Drenaje |

Please list below any disease or problem not listed above. **Por favor, detallar otra condición o enfermedad, sí alguna.**



Please indicate below any medications or drugs you are currently taking. **Por favor indicar si esta tomando alguna de las medicinas indicadas.**

- | Yes / Si | No | |
|----------|-----|---|
| () | () | Antibiotics or Sulfa drugs / Antibióticos o Sulfamida |
| () | () | Anticoagulants or Blood thinner / Anticuagulantes o Diluyentes de sangre |
| () | () | Medicine for high blood pressure / Medicina para la presión alta |
| () | () | Cortisone / Cortisona |
| () | () | Tranquilizers / Tranquilizantes |
| () | () | Antihistamines / Antiestaminicos |
| () | () | Asprin / Aspirinas |
| () | () | Insulin or Medicine for diabetes / Insulina o Medicina para diabetes |
| () | () | Digitalis / Digitalina (Diálisis) |
| () | () | Nitroglycerin / Nitroglicerina |
| () | () | Other / Otros _____ |

Please indicate if you are allergic to any medications or drugs in the list below. **Por favor indicar si es alergico a alguna medina indicadas.**

- | Yes / Si | No | |
|----------|-----|--|
| () | () | Local anesthetics / Anestesia local |
| () | () | Penicillin or other antibiotics / Penicilina u otro antibiótico |
| () | () | Asprin / Aspirina |
| () | () | Ibuprofen (Motrin, Advil) / Ibuprofen (Motrin, Advil) |
| () | () | Barbiturates or sedatives / Barbitúrios o sedantes |
| () | () | Codeine or other narcotics / Codeina u otros narcóticos |
| () | () | Other / Otros _____ |

Yes / Si	No	
()	()	Are you in pain or discomfort at this time? / ¿Tiene dolor o molestia en este momento?

Yes / Si	No	
()	()	Are you pregnant? / ¿Está usted embarazada?
		If yes, what is your due date? / ¿Fecha de alumbramiento? _____

I have answered the questions to the best of my knowledge. I have asked for an explanation of any words I do not know (if any), and my questions have been answered to my satisfaction. I will not hold my dentist, or his/her staff responsible for any errors or omissions that I may have made in the completion of this form.

He contestado las preguntas segun mi mejor conocimiento. He preguntado por una explicación de alguna palabra, y mis preguntas han sido contestadas a mi mejor satisfacción. No responsabilizaré al dentista ni al personal dental por algun error u omisión que yo halla hecho al completar esta forma.

Patient or Legal Guardian Signature
Firma del Paciente o Guardian Legal

Date / Fecha

Signature of Dentist / Firma del Dentista

Date / Fecha