

9	Do you have or have you had any of the following diseases or problems?	Yes Si	No	Usted tiene o ha tenido algunas de las siguientes enfermedades o problemas ?
	ALLERGIES			ALERGIAS
	ALLERGIC TO LATEX GLOVES			ALERGICO A LOS GUANTES DE LATEX
	ASTHMA			ASMA
	HEPATITIS			HEPATITIS
	DIABETES			DIABETES
	TUBERCULOSIS			TUBERCULOSIS
	RHEUMATIC FEVER			FIEBRE REUMATICA
	HEART TROUBLE			COMPLICACIONES CARDIACAS (CORAZON)
	HEART MURMUR			SOPLO EN EL CORAZON
	KIDNEY TROUBLE			COMPLICACIONES RENALES (RINONES)
	LIVER TROUBLE			COMPLICACIONES HEPATICAS (HIGADO)
	VENERAL DISEASE			ENFERMEDADES VENEREAS
	HIGH BLOOD PRESSURE			HIPERTENSION ARTERIAL (PRESION ALTA)
	LOW BLOOD PRESSURE			BAJA PRESION SANGUINEA
	HIIV VIRUS			VIRUS VIH
	AIDS			SIDA
	STOMACH ULCERS			ULCERAS ESTOMACALES
10	Have you had abnormal bleeding associated with previous extraction, surgery or trauma?			A sangrado anormalmente despues de una extraccion dental, cirujia o trauma?
11	Have you ever required a blood transfusion?			A usted requerido transfusion sanguinea?
12	Do you have any blood disorder such as anemia?			Tiene usted algun desorden sanguineo, tal como anemia?
13	Do you have a pacemaker or artificial heart valve or artificial joint?			Tiene usted un marcapasos cardiaco o una valvula artificial para el corazon o coyuntura artificial?
14	Have you had any disease, condition or problem not listed above?			Tiene o a tenido usted alguna enfermedad, condicion o problema que no ha sido mencionado anteriormente?

If yes, please explain _____

Si la respuesta es si, por favor explique _____

Person to notify in case of emergency:
Persona a quien se le notifique en caso de alguna emergencia

Full name
Nombre completo

Phone No.
No. de Telefono

DENTAL HISTORY

HISTORIA DENTAL

How long since your last dental visit?

Cuanto tiempo desde su ultima visita al dentista?

What would you like to discuss with the dentist today?
Que desea consultar con el dentista hoy?

Toothache
Dolor de muelas

Dental check up
Examen Dental

Extraction
Extraccion

Ortho(Braces)
Ortho(Frenos)

Crown?Bridges
Coronas/Puentes

Replacing missing teeth
Restitucion de dientes

Partial/Dentures
Dentura Postiza

Gum Problems
Problemas de encias

Second Opinion
Segunda Opinion

Estimate
Estimado de Costo

I have filed out this health questionnaire completely. I have advised you of all medical problems of wich I am aware.
He contestado este cuestionario de salud totalmente. He dado a conocer todos los problemas medicos de los que tengo conocimiento.

X _____
Patient's signature (if minor, parent or guardian) .
Firma del paciente (Si es menor, padre o guardian)

Date / Fecha

THIS IS TO CERTIFY THAT I, THE UNDERSIGNED, CONSENT TO THE PERFORMING OF X-RAYS, EXAMINATION AND WHATEVER DENTAL TREATMENT MAY BE AGREED UPON TO BE NECESSARY OR ADVISABLE.
ESTO CERTIFICA QUE YO, EL QUE FIRMA, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE HAGAN USO DE RAYOS-X, EXAMINACION O CUALQUIER TRATAMIENTO DENTAL QUE SEA NECESARIO O ACONSEJADO

X _____
Signature (if minor, parent or guardian) Firma del Paciente(Si es Menor, padre o guardian)

Date/ Fecha

FOR OFFICE USE ONLY (Solamente para uso de la Oficina)

HEALTH HISTORY REVIEWED BY:

(Doctor Signature)

Date

RECALL REVIEW

1 Pt's Signature X

Date

Doctor's Signature

Date

2 Pt's Signature X

Date

Doctor's Signature

Date