

**MEDICAL HISTORY FORM****Patient Information:**Patient's Name: \_\_\_\_\_  
Last First Middle InitialAddress: \_\_\_\_\_  
Address City State Zip Code

Email Address: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Sex:  M  F Home No: \_\_\_\_\_ Cell No: \_\_\_\_\_ Alt. No: \_\_\_\_\_**Parent/Guardian Insurance Information: Relationship to Patient: \_\_\_\_\_  SELF**Name: \_\_\_\_\_  
Last First Middle Initial

SSN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Insurance No.: \_\_\_\_\_ Driver License No.: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Insurance Telephone No.: \_\_\_\_\_ Group No.: \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

Home No: \_\_\_\_\_ Cell No: \_\_\_\_\_ Work No: \_\_\_\_\_

Name and Number of nearest relative not living with you: \_\_\_\_\_

**How did you hear about us? Please mark below:**

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Online            | <input type="checkbox"/> Flyer / Mail                    | <input type="checkbox"/> Printed Ad            | <input type="checkbox"/> Billboard               |
| <input type="checkbox"/> Radio             | <input type="checkbox"/> TV                              | <input type="checkbox"/> Community Event       | <input type="checkbox"/> Health Fair / Screening |
| <input type="checkbox"/> Dr. Referral      | <input type="checkbox"/> Driving / Walking by the Office | <input type="checkbox"/> Medicaid              | <input type="checkbox"/> Insurance / Employer    |
| <input type="checkbox"/> Friend / Relative | <input type="checkbox"/> Employee                        | <input type="checkbox"/> Other (Specify) _____ |  |

Reason for today's dental visit: \_\_\_\_\_ Date of last dental visit: \_\_\_\_\_

Have you ever had an experience in a dental office that you would like to tell us about?  Yes  No

Please explain if yes: \_\_\_\_\_

Are you nervous about dental treatment?  Yes  No  
Do your gums bleed, feel tender or irritated?  Yes  No  
Are you unhappy with appearance of your teeth?  Yes  NoAre your teeth sensitive?  Yes  No  
Do you have discolored teeth that bother you?  Yes  NoIf yes, to what?  Sweets  Hot  Cold  PressureAre you now seeing a physician?  Yes  No The name & telephone number of your physician(s) \_\_\_\_\_

If so, what is the condition being treated? \_\_\_\_\_

Are you taking any medications?  Yes  No If yes, please list: \_\_\_\_\_Have you or are you currently taking Aspirin?  Yes  NoDo you use tobacco?  Yes  No If yes, what kind and how much? \_\_\_\_\_Do you drink alcohol?  Yes  No If yes, how many units per week? \_\_\_\_\_If female, are you or do you suspect to be pregnant?  Yes  No Months: \_\_\_\_\_Have you or are you currently taking oral Bisphosphates?  Actonel  Boniva  Fosamax  Skelif  Didrone  Other \_\_\_\_\_Have you had any joint replacements?  Yes  No If yes, when? \_\_\_\_\_Is there anything else we should know about your health that was not covered on this form?  Yes  No

If yes, Please explain: \_\_\_\_\_

**Please mark any of the following which you have had or have at present:**

- |  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Heart Disease       | <input type="checkbox"/> Anemia               | <input type="checkbox"/> Nervousness               | <input type="checkbox"/> NONE                |
| <input type="checkbox"/> Heart Murmur        | <input type="checkbox"/> Kidney Trouble       | <input type="checkbox"/> Thyroid Disease           | <input type="checkbox"/> HIV + AIDS          |
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure | <input type="checkbox"/> Bone Loss            | <input type="checkbox"/> Chemo: (Cancer, Leukemia) | <input type="checkbox"/> Hepatitis           |
| <input type="checkbox"/> Blood Disease       | <input type="checkbox"/> Epilepsy or Seizures | <input type="checkbox"/> Arthritis                 | <input type="checkbox"/> Hemophilia          |
| <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever     | <input type="checkbox"/> Ulcers               | <input type="checkbox"/> Rheumatism                | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Disease |
| <input type="checkbox"/> Venereal Disease    | <input type="checkbox"/> Emphysema            | <input type="checkbox"/> Cortisone Medicine        | <input type="checkbox"/> Bruise Easily       |
| <input type="checkbox"/> Heart Pacemaker     | <input type="checkbox"/> Tuberculosis         | <input type="checkbox"/> Joint Replacement         | <input type="checkbox"/> Pain in Jaw Joint   |
| <input type="checkbox"/> Asthma              | <input type="checkbox"/> Scarlet Fever        | <input type="checkbox"/> Hay Fever                 | <input type="checkbox"/> Diabetes            |
|  |   |  | <input type="checkbox"/> Glaucoma            |

**Please mark any of the following medical allergies:**

- |  |  |   |                                       |
|--|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Local Anesthetics | <input type="checkbox"/> Penicillin        | <input type="checkbox"/> Codeine or other narcotics | <input type="checkbox"/> NONE         |
| <input type="checkbox"/> Aspirin           | <input type="checkbox"/> Other antibiotic: | <input type="checkbox"/> Barbiturates or sedatives  | <input type="checkbox"/> Fen-Phen     |
| <input type="checkbox"/> Iodine            | <input type="checkbox"/> Sulfa Drugs       | <input type="checkbox"/> Latex                      | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
|  |  |   | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

**To the best of my knowledge, all of the preceding answers are true and correct. If I ever have any change in my health, or if any medicines change, I will inform my dentist at the next appointment.**\_\_\_\_\_  
Signature of Patient/Parent/Guardian\_\_\_\_\_  
Medical History Update:

Dr. \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

# HISTORIAL MEDICO

## Información Del Paciente:

Nombre Del Paciente: \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección Cuidad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ Postal \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ No. Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular:: \_\_\_\_\_ No. Alt: \_\_\_\_\_

## Información del Padre/Guardián: Relación al Paciente: \_\_\_\_\_ Si Mismo

Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Inicial \_\_\_\_\_

No. Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ No Seguro Dental: \_\_\_\_\_ No. Licencia: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Teléfono de Seguro Dental:: \_\_\_\_\_ Group No.: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre y teléfono de un pariente que no viva con usted: \_\_\_\_\_

## Como Escucho De Nuestra Oficina? Por Favor Marque abajo:

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Online               | <input type="checkbox"/> Volantes / Correo                      | <input type="checkbox"/> Anuncio Impreso          | <input type="checkbox"/> Cartelera                            |
| <input type="checkbox"/> Radio                | <input type="checkbox"/> TV                                     | <input type="checkbox"/> Evento de la Comunidad   | <input type="checkbox"/> Feria de Salud / Evaluacion de Salud |
| <input type="checkbox"/> Medico de Referencia | <input type="checkbox"/> Conduciendo / Caminando por la Oficina | <input type="checkbox"/> Medicaid                 | <input type="checkbox"/> Seguro Dental/Empleador              |
| <input type="checkbox"/> Amigo / Familiares   | <input type="checkbox"/> Empleado de Nosotros                   | <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____ |   |

Razón de su visita hoy: \_\_\_\_\_ Fecha de su última visita dental: \_\_\_\_\_

Ha tenido alguna vez una situación que no le gusto en una oficina dental que nos quiera decir?  Si  No

Si es así, favor de explicar: \_\_\_\_\_

¿Estás nervioso por tratamiento dental?  Si  No

¿Le sangran las encías, están sensibles o irritadas?  Si  No

Está satisfecho con la apariencia de sus dientes?  Si  No

¿Son sus dientes sensibles?  Si  No

¿Tiene dientes descolorados que le molestan?  Si  No

En caso afirmativo, ¿a qué?  Dulces  Caliente  Fria  Presión

¿Estás viendo a un médico?  Si  No El nombre y número de teléfono de su médico (s) \_\_\_\_\_

Si es así, ¿cuál es la enfermedad que padece? \_\_\_\_\_

¿Está tomando algún medicamento?  Si  No En caso afirmativo, indique: \_\_\_\_\_

¿Ha tomado o está tomando aspirina?  Si  No

¿Usa productos de tabaco?  Si  No Si es así, ¿qué tipo y cuánto? \_\_\_\_\_

¿Usa alcohol?  Si  No Si es así, ¿cuántas unidades por semana? \_\_\_\_\_

¿Si es mujer, usted esta o se sospecha que está embarazada?  Si  No Months: \_\_\_\_\_

¿Usted a tomado o está tomando actualmente Bisphosphonates orales?  Actonel  Boniva  Fosamax  Skelif  Didrone  Otro \_\_\_\_\_

¿Ha tenido algún reemplazo de articulaciones?  Si  No Si es así, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

¿Hay algo más que debamos saber sobre su salud que no esté previsto en este formulario?  Si  No

En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

## Por favor marque de las siguientes condiciones que usted ha tenido o tiene en la actualidad: NINGUNO

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón                   | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones       | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides        | <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes          |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco                           | <input type="checkbox"/> La pérdida de hueso             | <input type="checkbox"/> Quimioterapia: (Cáncer,leucemia) | <input type="checkbox"/> Hipertensión                               |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones                 | <input type="checkbox"/> Contusión fácilmente en la piel | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre          | <input type="checkbox"/> Úlceras <input type="checkbox"/> Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Artritis                                 | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática                | <input type="checkbox"/> Enfisema                         | <input type="checkbox"/> Reumatismo                                 |
| <input type="checkbox"/> Dolor en la articulación de la mandíbula | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea              | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                     |   |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulaciones              | <input type="checkbox"/> Marcapasos del Corazón          | <input type="checkbox"/> Asma                             | <input type="checkbox"/> La Cortisona Medicina                      |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis                                | <input type="checkbox"/> Diabetes                        | <input type="checkbox"/> Fiebre de heno                   | <input type="checkbox"/> Glaucoma                                   |
| <input type="checkbox"/> Escarlatina                              | <input type="checkbox"/> VIH + SIDA                      | <input type="checkbox"/> Anemia                           | <input type="checkbox"/> Nerviosismo                                |

## Por favor marque cualquiera de los siguientes elementos a cual le tiene alergia: NINGUNO

- |  |                                     |  |  |
|--|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anestésicos locales | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Codeína u otros narcóticos  | <input type="checkbox"/> Fen-Phen                  |
| <input type="checkbox"/> Aspirina            | <input type="checkbox"/> Yodo       | <input type="checkbox"/> Los barbitúricos o sedantes | <input type="checkbox"/> Otro: _____               |
| <input type="checkbox"/> Iodine              | <input type="checkbox"/> Sulfatos   | <input type="checkbox"/> Látex                       | <input type="checkbox"/> Otros antibióticos: _____ |

**Al mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Si alguna vez tiene algún cambio en mi salud, o si cualquier cambio de medicamentos, informaré a mi dentista en la próxima cita.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Padre / Tutor

\_\_\_\_\_  
Medical History Update:

\_\_\_\_\_  
Dr. \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dr. \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Dr. \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_