

HEALTH HISTORY / HISTORIA DE SALUD

DATE / FECHA ____ - ____ - ____

Facility _____ Chart # _____ (LABEL)

AGE / EDAD _____ SEX / SEXO M / F

Patient Name _____

HEIGHT / ESTATURA _____ WEIGHT / PESO LBS. _____

In case of an emergency, contact (person) _____ phone # () _____ - _____

En caso de emergencia, contactar a (persona) _____ Número de teléfono: () _____ - _____

INSTRUCTIONS:

Answer all questions and fill in the blank spaces when indicated.
Answers to the following questions are for our records only and will be kept confidential.

INSTRUCCIONES: Conteste todas las preguntas y llene los espacios en blanco cuando sea necesario. Las respuestas a nuestras preguntas son únicamente para nuestros archivos, y se consideran estrictamente confidenciales.

Why are you here today? _____

¿Porque está aquí ahora? _____

When was your last visit to a dental office? ____/____/____

¿Cuándo fue su última visita al dentista? ____/____/____

When were your last dental x-rays taken? ____/____/____

¿Cuándo le tomaron las últimas radiografías dentales? ____/____/____

Are those x-rays available? Yes No

¿Están disponible sus radiografías? Si No

If YES please write down PRIOR DENTIST'S NAME and PHONE NUMBER:

Sí es así, escriba el nombre del Dentista Anterior y el número de teléfono.

_____ (____) _____

YES / SI

NO

_____ (____) _____

- | | |
|--|---|
| 1. Are you in poor health | 1. Está mal de salud |
| 2. Has there been any change in your general health within the past year | 2. Ha cambiado su salud durante el último año |
| 3. My last physical was on | 3. Mi último examen médico fue en |
| 4. Are you currently under the care of a physician | 4. Está ahora bajo atención médica |
| A. If so, what is the condition being treated | A. Si es así, que enfermedad se está curando |
| 5. The name and address of my physician is | 5. El nombre y domicilio de mi médico es |
| 6. Have you had any serious illness or operation | 6. Ha tenido alguna operación o enfermedad seria |
| A. If so, what was the illness or operation | A. Si es así, que operación o enfermedad |
| 7. Have you been hospitalized or had a serious illness within the past five years | 7. Durante los últimos cinco (5) años ha sido hospitalizado ó ha tenido alguna enfermedad seria |
| A. If so, what was the problem | A. Si contesta afirmativamente explique |
| 8. Do you have or have you had any of the following diseases or problems: | 8. Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades ó problemas: |
| A. Damaged heart valves or artificial heart valves | A. Válvulas dañadas ó válvulas artificiales del corazón |
| B. Congenital heart lesions or murmurs | B. Lesión cardíaca congénita |
| C. Cardiovascular disease (heart trouble, heart attack, coronary insufficiency, coronary occlusion, high blood pressure, arteriosclerosis, stroke) | C. Enfermedad cardiovascular (enfermedad del corazón, insuficiencia cardíaca, oclusión coronaria, presión arterial alta, arteriosclerosis, síncope) |
| 1) Do you have pain in chest upon exertion | 1) Tiene dolor en el pecho cuando hace algún esfuerzo |
| 2) Are you ever short of breath after mild exercise | 2) Después de hacer algún ejercicio siente faltarle el aire |
| 3) Do your ankles swell | 3) Se le hinchan los tobillos |
| 4) Do you get short of breath when you lie down, or do you require extra pillows when you sleep | 4) Cuando se acuesta, siente que le falta aire para respirar ó necesita mas de 1 almohada para dormir |
| 5) Do you have a cardiac pacemaker | 5) Tiene marcapasos cardíaco |
| D. Sinus trouble | D. Problema de sinusitis |
| E. Asthma | E. Asma |
| F. Allergy | F. Alergia |
| G. Hives or skin rash | G. Ronchas ó salpullido |
| H. Fainting spells or seizures | H. Desmayos y sudores ó ataques |
| I. Diabetes | I. Diabetes |
| 1) Do you urinate (pass water) more than 6 times a day | 1) Orina usted más de seis veces al día |
| 2) Are you thirsty much of the time | 2) Tiene sed la mayoría del tiempo |
| 3) Does your mouth frequently become dry | 3) Se le reseca la boca frecuentemente |
| J. Hepatitis, jaundice or liver disease | J. Malestar bilioso, hepatitis o enfermedad del hígado |
| K. Arthritis | K. Artritis |
| L. Inflammatory rheumatism (painful, swollen joints) | L. Inflamación reumática (coyunturas inflamables con dolor) |
| M. Stomach ulcers | M. Ulceras estomacales |
| N. Kidney trouble | N. Enfermedad del riñón |
| O. Tuberculosis | O. Tuberculosis |
| P. Do you have a persistent cough or cough up blood | P. Tos persistente ó tose sangre |
| Q. Low blood pressure | Q. Baja presión sanguínea |
| R. Venereal disease | R. Enfermedades venéreas |
| S. Do you have a prosthetic hip joint prosthesis implants bone plates or screws other | S. Tiene cadera ó coyuntura protésica implantes placa de hueso ó tornillos Si es así, explique |
| 9. Have you had abnormal bleeding associated with previous extractions, surgery, or trauma | 9. Ha sangrado anormalmente, cuando se le realiza una extracción dental, cirugía ó trauma |
| A. Do you bruise easily | A. Se moretea su piel fácilmente |

