

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) _____ Numero de teiEHono: () _____

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 unicamente para nuestros archivos, y se consideran estrictamente confidenciales.

Why are you here today? _____

When was your last visit to a dental office? _____

When were your last dental x-rays taken? _____

Are those x-rays available? Yes No

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

()

¿Porque esta aqui ahora? _____

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

¿Cuándo le tomaron las ultimas radiografias dentales? ____/____/____

¿Están disponible sus radiografias? Si No

Si es asi, escriba el nombre del Dentista Anterior y el numero de telefono. _____

()

YES / SI

NO

- Are you in poor health _____
- Has there been any change in your general health within the past year _____
- My last physical was on _____
- Are you currently under the care of a physician _____
A. If so, what is the condition being treated _____
- The name and address of my physician is _____

- Have you had any serious illness or operation _____
A. If so, what was the illness or operation _____

- Have you been hospitalized or had a serious illness within the past five years _____
A. If so, what was the problem _____

- Do you have or have you had any of the following diseases or problems: _____
A. Damaged heart valves or artificial heart valves _____
B. Congenital heart lesions or murmurs _____
C. Cardiovascular disease (heart trouble, heart attack, coronary insufficiency, coronary occlusion, high blood pressure, arteriosclerosis, stroke) _____
1) Do you have pain in chest upon exertion _____
2) Are you ever short of breath after mild exercise _____
3) Do your ankles swell _____
4) Do you get short of breath when you lie down, or do you require extra pillows when you sleep _____
5) Do you have a cardiac pacemaker _____
D. Sinus trouble _____
E. Asthma _____
F. Allergy _____
G. Hives or skin rash _____
H. Fainting spells or seizures _____
I. Diabetes _____
1) Do you urinate (pass water) more than 6 times a day _____
2) Are you thirsty much of the time _____
3) Does your mouth frequently become dry _____
J. Hepatitis, jaundice or liver disease _____
K. Arthritis _____
L. Inflammatory rheumatism (painful, swollen joints) _____
M. Stomach ulcers _____
N. Kidney trouble _____
O. Tuberculosis _____
P. Do you have a persistent cough or cough up blood _____
a. Low blood pressure _____
R. Venereal disease _____
S. Do you have a prosthetic hip _____ joint prosthesis _____ implants _____ bone plates _____ or screws _____ other _____
- Have you had abnormal bleeding associated with previous extractions, surgery, or trauma _____
A. Do you bruise easily _____

- Esta mal de salud _____
- Ha cambiado su salud durante el ultimo año _____
- Mi ultimo examen medico fue en _____
- Esta ahora bajo atencion medica _____
A. Si es asi, que enfermedad se esta curando _____
- El nombre y domicilio de mi medico es _____

- Ha tenido alguna operacion o enfermedad seria _____
A. Si es asi, que operacion o enfermedad _____

- Durante los ultimos cinco (5) años ha sido hospitalizado o ha tenido alguna enfermedad seria _____
A. Si contesta afirmativamente explique _____

- Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas: _____
A. Valvulas dañadas o valvulas artificiales del corazon _____
B. Lesion cardiaca congenita _____
C. Enfermedad cardiovascular (enfermedad del corazon, insuficiencia cardiaca, oclusion coronaria, presión arterial alta, arteriosclerosis, sincope) _____
1) Tiene dolor en el pecho cuando hace algun esfuerzo _____
2) Despues de hacer algun ejercicio siente faltarle el aire _____
3) Se le hinchan los tobillos _____
4) Cuando se acuesta, siente que le falta aire para respirar _____
6 necesita mas de 1 almohada para dormir _____
5) Tiene marcapasos cardiaco _____
D. Problema de sinusitis _____
E. Asma _____
F. Alergia _____
G. Ronchas o salpullido _____
H. Desmayos y sudores o ataques _____
Diabetes _____
1) Orina usted mas de seis veces al dia _____
2) Tiene sed la mayoría del tiempo _____
3) Se le reseca la boca frecuentemente _____
- Malestar bilioso, hepatitis o enfermedad del hfgado _____
K. Artritis _____
L. Inflamacion reumatica (coyunturas inflamables con dolor) _____
M. Ulceras estomacales _____
N. Enfermedad del riñon _____
O. Tuberculosis _____
P. Tos persistente o lose sangre _____
a. Baja presión sanguínea _____
R. Enfermedades venereas _____
S. Tiene cadera _____ coyuntura protetica _____ implantes _____ placa de hueso _____ tornillos _____
Si es asi, explique _____
- Ha sangrado anormalmente, cuando se le realiza una extraccion dental, cirujia o trauma _____
A. Se moretea su piel facilmente _____

YES / SI

NO

- B. Have you ever required a blood transfusion
If so, explain the circumstances _____
10. Do you have any blood disorder such as anemia _____
11. Have you had surgery or x-ray treatment for a tumor, growth, or other condition of your mouth or lips _____
12. Are you taking any of the following: _____
If yes, indicate which.
A. Antibiotics or sulfa drugs _____
B. Anticoagulants (blood thinners) _____
C. Medicine for high blood pressure _____
D. Cortisone (steroids) _____
E. Tranquilizers ___ Antihistamine ___ Aspirin _____
F. Insulin, tolbutamide (orinase) or similar drug _____
G. Digitalis or drugs for heart trouble ___ Nitroglycerin _____
H. Oral contraceptive or other hormonal therapy _____
Other drug or medicine _____
13. Are you allergic or have you reacted adversely to any of the following: _____
Local anesthetics _____
Penicillin or other antibiotics _____
Sulfa drugs _____
Barbiturates, sedatives or sleeping pills _____
Aspirin ___ Iodine ___ Codeine or other narcotics _____
Are you allergic to latex or rubber products _____
Other allergies _____
14. Have you taken the diet medication Redux® (Fen-Phen)? _____
15. Do you have any disease, condition, or problem not listed above that you think I should know about _____
16. Are you employed in any situation which exposes you regularly to x-rays or other ionizing radiation _____
17. Are you wearing contact lenses _____
18. Have you ever had any of the following conditions _____
Herpes ___ Hepatitis ___ Tuberculosis ___ HIV / AIDS _____
19. Are you pregnant _____
20. Do you have any problems associated with your menstrual period _____
21. Are you nursing _____
22. Have you had any serious trouble associated with any previous dental treatment _____
If so, explain _____
23. How often do you brush your teeth? _____ When? _____
24. Do you use dental floss _____
25. Do your gums bleed or hurt? _____
How often? _____
26. Are any of your teeth sensitive to: Hot _____ Cold _____
Sweets _____ Pressure _____
27. Does food get caught in your teeth? _____
28. Do you have frequent headaches ___ neck aches ___
or shoulder aches? _____
29. Do you clench or grind your teeth? _____
30. Have you experienced any pain or soreness in the muscles of your face or around your ear? _____
31. Does your jaw click or pop? _____

- B. Ha requerido transfusión sanguínea
Si contesta afirmativamente, explique _____
10. Tiene algún desorden sanguíneo tal como anemia _____
11. Ha tenido cirugía ó rayos X para tratar algún tumor, crecimiento u otra enfermedad bucal ó labial _____
12. Está tomando alguno de los siguientes medicamentos: _____
A. Sulfas ó antibióticos _____
B. Anticoagulantes (adelgazador sanguíneo) _____
C. Medicamento para la presión alta _____
D. Cortisona (esteroides) _____
E. Tranquilizantes ___ Antihistaminico ___ Aspirina _____
F. Insulina, tobutamida (orinase) ó drogas similares _____
G. Digitales ó medicamentos para enfermedades cardíacas _____
Nitroglicerina _____
H. Anticonceptivos orales u otra terapia hormonal _____
I. Otra droga ó medicina _____
13. Es usted alérgico ó ha reaccionado adversamente a los siguientes medicamentos: _____
Anestesia local ___ Antibióticos o penicilina ___
Drogas con sulfas _____
Barbitúricos, sedantes ó pastillas para dormir _____
Aspirina ___ Yodo ___ Codeina u otros narcóticos _____
Es usted alérgico al latex ó productos de hule _____
Alguna otra _____
14. Ha tomado usted el medicamento Redux® (Fen-Phen) para su dieta. _____
15. Tiene usted alguna enfermedad condición física ó algún problema no enumerado anteriormente que usted crea que yo deba saber _____
16. Está trabajando ó está en una situación donde esta expuesto regularmente a radiografías ó alguna otra forma de radiación _____
17. Usa lentes de contacto _____
18. Ha tenido alguna de las condiciones siguientes: _____
Herpes_ Hepatitis_ Tuberculosis_ HIV / SIDA _____
19. Esta usted embarazada _____
20. Tiene algún problema asociado con su periodo menstrual _____
21. Está dando pecho (amamantando) _____
22. Ha tenido problemas serios asociadas con tratamiento dental. _____
Si contesta afirmativamente, explique. _____
23. Que tan seguido se cepilla los dientes _____ Cuando _____
24. Usa hilo dental _____
25. Le sangran ó le duelen sus encías _____
Que tan seguido _____
26. Son su dientes sensibles a: Caliente ___ Frío ___
Dulce ___ Presión _____
27. Retiene comida en sus dientes _____
28. Tiene dolores de cabeza ___ cuello ___
u hombro frecuentemente _____
29. Aprieta ó rechina sus dientes _____
30. Ha tenido algun dolor en los musculos de la cara o alrededor de los odos _____
31. Suenan ó cruje su quijada _____

FOLLOW UP to Medical History by DENTIST ONLY _____

I hereby certify that I have read the foregoing and have filled out this health questionnaire completely. I have advised you of all medical problems of which I am aware. I further certify that I, the undersigned, consent to the performing of x-rays and examination.

Por la presente certifico que he leído y completado el cuestionario de salud totalmente. He dado a conocer los trastornos de los que tengo conocimiento. El suscrito certifica y da su consentimiento para que se realicen los rayos X y el examen necesario.

SIGNATURE OF PATIENT or Guardian if patient is a minor
FIRMA DEL PACIENTE ó del tutor legal (si el paciente es menor de edad) X _____ DATE (Fecha) _____

SIGNATURE OF DENTIST (FIRMA DEL DENTISTA) X _____ DATE (Fecha) _____
DATE COMMENTS DR. SIGNATURE EMPLOYEE # PATIENT SIGNATURE

UPDATE					
--------	--	--	--	--	--



AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD CONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO

SECCION A: INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del paciente _____

Dirección -Calle _____

Numero del Seguro Social _____

Ciudad, Estado, Código de Área _____

Telefono _____

SECCION 8: PARA EL PACIENTE- LEA LOS SIGUIENTES PARRAFOS

Propósito del Consentimiento: al firmar esta forma, tu nos das el consentimiento para conocer y usar tu información de salud protegida, con el propósito de brindar un tratamiento, actividades de pagos y procedimientos de cuidado de salud.

Aviso de Prácticas de Privacidad: Tu tienes el derecho de leer nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad antes de decidir si firmas este consentimiento. Nuestro aviso provee una descripción de nuestros tratamientos, actividades de pagos, y procedimientos de cuidados de la salud, de los usos y revelaciones que nosotros podemos hacer de tu información de salud protegida, y otros importantes asuntos acerca de tu información de salud protegida. Una copia de nuestro aviso se adjunta a este consentimiento. Nosotros te animamos a leer este cuidadosamente y completamente antes de firmar este consentimiento.

Nosotros nos reservamos el derecho a cambiar nuestras prácticas de privacidad descritas en nuestro Aviso de Prácticas de privacidad. Tales cambios pueden aplicar a tu información de salud protegida que nosotros conservamos. Si nosotros cambiamos nuestras prácticas de privacidad, nosotros revisaremos el Aviso de prácticas de privacidad y haremos disponible el nuevo Aviso a solicitud.

Derecho a Revocar: Tu tienes el derecho a revocar este Consentimiento en cualquier tiempo por medio de un aviso por escrito de tu revocación dirigido al Oficial de Privacidad mencionado al final de el Aviso de Prácticas de Privacidad. Por favor entiende que la revocación de este consentimiento no afectará ninguna acción que nosotros tomemos en relación con este consentimiento antes que nosotros recibamos tu revocación y que nosotros podemos declinar tratarte o a continuar tratándote si tu revocas este consentimiento.

SECTION C: FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE

Yo _____, he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina. Yo he tenido una oportunidad completa de leer y considerar los contenidos de esta forma de consentimiento y del Aviso de Prácticas de Privacidad. Yo entiendo que, firmando esta forma de consentimiento, yo estoy dando el consentimiento a ustedes a usar y revelar de mi información de salud protegida, o de la información de salud protegida de el paciente que yo represento, para llevar a cabo tratamientos, actividades de pago y procedimientos de cuidado de salud.

Firma _____

Fecha _____

**Este consentimiento es firmado por un representante en nombre del paciente, complete lo siguiente:

Nombre del paciente _____

Relación con el paciente _____

SECTION D: REVOCACION DEL CONSENTIMIENTO

*****SOLAMENTE FIRME ESTA SECCION SI TU DESEAS REVOCAR TU CONSENTIMIENTO*****

Yo revoco mi consentimiento para que ustedes usen y revelen información de mi información de salud protegida o la del paciente que yo estoy representando, para tratamientos, actividades de pagos y procedimientos de cuidado de salud. Yo entiendo que la revocación de mi consentimiento no podrá afectar ninguna acción que ustedes tomen en relación con mi consentimiento antes que ustedes reciban este Aviso de Revocación escrito. También entiendo que ustedes pueden declinar a tratarme o a continuar tratándome, o al paciente que yo represento, después de que yo haya revocado este consentimiento.

Firma _____

Fecha _____



**El Reconocimiento De Recibo De Hoja De
Los Materiales Dentales**

Yo, _____, reconosco que he recibido de Northridge
Dentalworks una copia de la hoja Del Hecho de Materias que tomo efectividad el 17 de
Octubre de 2001.

Firma Del Paciente o Parte Responsable

Fecha

**Datos Sobre Los
Empastes Dentales**

