

American Dental Care provides dental care services without discrimination based on race, religion, color, national origin, sex, sexual orientation, physical or mental disability, age or marital status and protects the privacy of each of its patients. Our offices are in compliance with the latest State and Federal infection Control requirements.

American Dental Care, provee servicios dentales sin discriminación en raza, religión, color, nacionalidad, sexo, preferencias sexuales, discapacidad física o mental, edad o estado marital, y protege la privacidad de todos y cada uno de sus pacientes. Nuestras oficinas cumplen con las mas recientes leyes de esterilización estatales y federales.

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. The information you provide to us is used to assure maintenance of your overall well being.

INSTRUCCIONES: Conteste todas las preguntas y llene los espacios en blanco cuando se indique. Las contestaciones a nuestras preguntas son únicamente para nuestros archivos, y se consideran estrictamente confidenciales. La información que usted nos da es para asegurar el mantenimiento de su bienestar.

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 está aquí ahora? _____
¿Cuándo fue su última visita al dentista? ____/____/____
¿Cuándo fueron tomadas sus últimas radiografías dentales? ____/____/____
¿Están disponible sus radiografías? Si No
Si 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 ... 2. Ha habido cambio de su salud durante el último año pasado
3. My last physical was on ... 3. Mi último exámen médico fue en
4. Are you now under the care of a physician ... 4. Esta ahora bajo atención médica
A. If so, what is the condition being treated - A. Si es así, que enfermedad se esta curando
5. The name and address of my physician is 5. El nombre y domicilio de mi medico es
6. Have you had any serious illness or operation ... 6. Ha tenido alguna enfermedad seria u operación
A. If so, what was the illness or operation A. Si es así, que enfermedad u operación
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 o tenido una 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 o problemas:
A. Damaged heart valves or artificial heart valves A. Valvulas del corazón dañadas o valvulas artificiales del corazón
B. Congenital heart lesions or murmurs B. Lesion cardiaca congénita
C. Cardiovascular disease (heart trouble, heart attack, coronary insufficiency, coronary occlusion, high blood pressure, arteriosclerosis, stroke) C. Enfermedad cardiovascular (enfermedad del corazón, insuficiencia cardiaca, oclusion coronaria, alta presión arterial, arteriosclerosis, síncope)
1) Do you have pain in chest upon exertion 1) Tiene algún 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 o le faltan mas almohadas cuando duerme
5) Do you have a cardiac pacemaker 5) Tiene un marcapasos cardiaco
D. Sinus trouble D. Problema de senusitis
E. Asthma E. Asma
F. Allergy F. Alergia
G. Hives or skin rash G. Ronchas o sarpullido
H. Fainting spells or seizures H. Desmayos y sudores o ataques
I. Diabetes I. Diabetis
1) Do you urinate (pass water) more than 6 times a day 1) Orina usted mas de seis veces por 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 riñon
O. Tuberculosis O. Tuberculosis
P. Do you have a persistent cough or cough up blood P. Tos persistente o tose sangre
Q. Low blood pressure Q. Baja presión sanguínea
R. Venereal disease R. Enfermedades venereales
S. Do you have prosthetic hip or joint prosthesis, implants, bone plates or screws S. Tiene cadera o coyuntura protésica, implantes, placa de hueso or tornillos
If so, what Si es así, explique
9. Have you had abnormal bleeding associated with previous extractions, surgery, or trauma 9. Ha sangrado anormalmente, cuando una extracción dental, cirugía o trauma
A. Do you bruise easily A. Se moretea su piel fácilmente

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 drug or medicine
 If so, what _____
13. Are you taking any of the following:
 A. Antibiotics or sulfa drugs
 B. Anticoagulants (blood thinners)
 C. Medicine for high blood pressure
 D. Cortisone (steroids)
 E. Tranquilizers
 F. Antihistimine
 G. Aspirin
 H. Insulin, tolbutamide (orinase) or similar drug
 I. Digitalis or drugs for heart trouble
 J. Nitroglycerin
 K. Oral contraceptive or other hormonal therapy
 L. Have you ever taken Fen-Phen/Redux or any type of diet supplement ?
- M. Other _____
14. Are you allergic or have you reacted adversely to:
 A. Local anesthetics
 B. Penicillin or other antibiotics
 C. Sulfa drugs
 D. Barbiturates, sedatives or sleeping pills
 E. Aspirin
 F. Iodine
 G. Codeine or other narcotics
 H. Are you allergic to latex or rubber products
 I. Other _____
15. Have you had any serious trouble associated with any previous dental treatment
 If so, explain _____
16. Do you have any disease, condition, or problem not listed above that you think I should know about
 If so, please explain _____
17. Are you employed in any situation which exposes you regularly to x-rays or other ionizing radiation
18. Are you wearing contact lenses
19. Have you ever had any of the following conditions
 A. Herpes C. Tuberculosis
 B. Hepatitis D. HIV / AIDS
20. Are you pregnant
21. Do you have any problems associated with your menstrual period
22. Are you nursing
- FOLLOW UP to Medical History by DENTIST ONLY

- B. Ha requerido transfusión sanguínea
 Si contesta afirmativamente, explique _____
10. Tiene algún desorden sanguíneo tal como anemia
11. Ha tenido cirugía o rayos x para tratar algún tumor, crecimiento u otra enfermedad bucal or labial
12. Esta tomando alguna droga o medicina
 Si es así, que esta tomando _____
13. Está tomando alguno de los siguientes medicamentos:
 A. Sulfas o antibióticos
 B. Anticoagulantes (adelgazador sanguíneo)
 C. Medicamento contra la alta presión
 D. Cortisona (esteroides)
 E. Tranquilizantes
 F. Antihistamínico
 G. Aspirina
 H. Insulina, tobutamida (orinase) o drogas similares
 I. Digitales o medicamentos para enfermedades cardiacas
 J. Nitroglicerina
 K. Anticonceptivos orales u otra terapia hormonal
 L. Ha tomado Fen-Phen / Redux o algun otro suplemento para la dieta ?
- M. Otro _____
14. Es usted alérgico o ha reaccionado adversamente a los siguientes medicamentos:
 A. Anestesia local
 B. Antibióticos o penicilina
 C. Drogas con sulfas
 D. Barbituricos, sedantes o pastillas para dormir
 E. Aspirina
 F. Yodo
 G. Codeína u otros narcóticos
 H. Es usted alérgico a látex o productos de hule
 I. Alguna otra _____
15. Ha tenido algún problema después de haber tenido un tratamiento dental
 Si es así explique _____
16. Tiene usted alguna enfermedad o condición física o algún problema no enumerado anteriormente y que usted crea que yo deba saber
 Si es así, explique _____
17. Esta trabajando o esta en una situación donde esta expuesto regularmente a radiografías o alguna otra forma de radiación
18. Esta usando lentes de contacto
19. Ha tenido alguna de las condiciones siguientes:
 A. Herpes C. Tuberculosis
 B. Hepatitis D. HIV / SIDA
20. Esta usted encinta (embarazada)
21. Tiene algún problema asociado con su periodo menstrual
22. Esta dando pecho (amamantando)

I have filled out this Health Questionnaire completely. I have advised you of all medical problems of which I am aware.

Each dentist is licensed by the state board of examiners and utilizes independent professional judgement in rendering services to the public.

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, examination and whatever dental treatment may be agreed upon to be necessary or advisable.

Yo por la presente he leído lo de arriba y he contestado este cuestionario de salud totalmente. He dado a conocer todos los trastornos de que tengo conocimiento. Además certifico que yo, el que firma, presto mi consentimiento para que hagan el uso de rayos X, examinación o cualquier tratamiento dental que sea de acuerdo o aconsejado.

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

SIGNATURE OF DENTIST (FIRMA DEL DENTISTA) X _____ DATE _____

DATE	COMMENTS	DR. SIGNATURE	EMPLOYEE #	PATIENT SIGNATURE
UPDATE				