



MEDICAL HISTORY FORM (HISTORIAL MÉDICO)

Chart #: _____

Date (Fecha): _____

Patient's Name (Nombre del Paciente): _____

Date of Birth (Fecha de Nacimiento): ____/____/____

Address (Dirección): _____

Phone # (Número de Teléfono): (____) _____ - _____

MEDICAL HISTORY / HISTORIAL MÉDICO

For the following questions, please mark "Yes" or "No", whichever applies. Your answers are for our records only and will be considered confidential. Please note that during your initial visit you will be asked questions about your responses to this questionnaire and there may be additional questions concerning your health.

Para contestar las siguientes preguntas, por favor marque "Sí" o "No" a lo que le aplique. Sus respuestas son solamente para nuestro historial médico y serán confidenciales. Además, durante su visita inicial se le harán a usted preguntas acerca de sus respuestas a este cuestionario y es posible que le pregunten algo adicional acerca de su salud.

PAST MEDICAL HISTORY / ANTECEDENTES MÉDICOS

- 1) Do you have any medical problems? Yes(Sí) No(No)
¿Tiene usted algún problema médico?
If yes, please specify (Si contesta sí, por favor especifique): _____
- 2) Has there been any change in your general health within the past year? Yes(Sí) No(No)
¿En el último año, ha tenido algún cambio en su salud?
If yes, please specify (Si contesta sí, por favor especifique): _____
- 3) Date of your last physical examination (Fecha de su último examen médico): _____
- 4) Are you under the care of a physician? Yes(Sí) No(No)
¿Está usted bajo el cuidado de un(a) médico?
If yes, what is the condition being treated? Si es así, ¿para qué condición es el tratamiento? _____

Physician Name (Nombre de mi Doctor)

Telephone Number (Número de Teléfono)

Street Address (Dirección)

City (Ciudad)

State (Estado)

Zip Code (Código Postal)

- 5) Have you had any serious illness, operation, or been hospitalized in the past 10 years? Yes(Sí) No(No)
¿Ha sufrido usted alguna vez una enfermedad grave, ha sido operado(a), o ha estado hospitalizado(a) durante los últimos diez años?
If yes, please specify (Si contesta sí, por favor especifique): _____
- 6) Do you have any artificial joints (such as hip or knee replacements)? Yes(Sí) No(No)
¿Tiene usted alguna articulación artificial, como cadera o rodilla?
If yes, please specify (Si contesta sí, por favor especifique):
If yes, when? Si es así, ¿cuando? _____
- 7) Do you smoke or use any form of tobacco products now or in the past? Yes(Sí) No(No)
¿Fuma o consume algún tipo de productos del tabaco ahora o lo ha hecho en el pasado?
How many years have you smoked or used tobacco products? _____
¿Por cuantos años ha fumado o consumido productos del tabaco?
How many packs a day? ¿Cuantos paquetes al día? _____
Do you currently smoke? ¿Fuma usted actualmente? Yes(Sí) No(No)
If yes, do you want to stop? Si es así, ¿quiere parar de fumar? _____
- 8) Do you consume alcohol? Yes(Sí) No(No)
¿Consumo alcohol?
How many drinks a week? ¿Cuantas bebidas a la semana? _____

REVIEW OF SYSTEMS / REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

9) **CARDIOVASCULAR (CARDIOVASCULAR)** Yes(Sí) No(No)

Cardiovascular Disease (heart trouble, coronary insufficiency, coronary occlusion, arteriosclerosis, stroke)	Enfermedad cardiovascular (problemas del corazón, insuficiencia coronaria, oclusión coronaria, arteriosclerosis, derrame cerebral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Damaged heart valves or artificial heart valves?	¿Daño de las válvulas cardíacas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artificial heart valves?	¿Válvulas cardíacas artificiales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart Attack (If yes, when?) _____	Ataque cardíaco (Si contesta sí, ¿cuando?) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart Murmur or Rheumatic Heart Disease	Soplo del corazón o cardiopatía reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
High Cholesterol	Nivel alto de colesterol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension (high blood pressure)	Presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Low Blood Pressure	Presión sanguínea baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chest Pain upon exertion	Dolor de pecho al hacer algún esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina	Angina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do your ankles swell?	¿Se le hinchan los tobillos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you have inborn heart defects?	¿Tiene defectos cardíacos congénitos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Shortness of breath after mild exercise or when lying down	Falta de aire después de hacer ejercicio o acostado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiac Pacemaker	Marcapaso cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fainting spells	Episodios de desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10) **ENT / RESPIRATORY (GARGANTA, NARIZ y OIDO / RESPIRATORIO)** Yes(Sí) No(No)

Sinus Problems (sinusitis)	Problemas de los senos nasales (sinusitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emphysema	Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bronchitis	Bronquitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hay Fever	Fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persistent cough or cough that produces blood	Tos constante o que produce sangramiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11) **GI / ENDOCRINE (GASTROINTESTINAL/ENDOCRINO)** Yes(Sí) No(No)

Diabetes	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is there a history of diabetes in your family? If yes, who? _____	¿Tiene algún familiar con historial diabético? Sí contesta sí, ¿quién? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liver disease or jaundice	Enfermedad del hígado o Ictericia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thyroid problems	Problemas de tiroide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persistent diarrhea / recent weight loss	Diarrea persistente / pérdida de peso reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stomach ulcer or hyperacidity	Úlceras del estomago o hiperacidez estomacal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12) **NEUROLOGICAL (NEUROLÓGICO)** Yes(Sí) No(No)

Seizures	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsy or other neurological disease	Epilepsia u otras enfermedades neurológicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other _____	Otro _____		

13) **MENTAL HEALTH (SALUD MENTAL)**

<input type="checkbox"/> Depression	Depresión	<input type="checkbox"/> Eating Disorder	Trastornos de alimentación
<input type="checkbox"/> Anxiety	Ansiedad	<input type="checkbox"/> Substance Use/Abuse	Uso/Abuso de sustancias
<input type="checkbox"/> Schizophrenia	Esquizofrenia	Specify: _____	Especifique: _____
<input type="checkbox"/> Bipolar Disorder	Trastorno Bipolar	<input type="checkbox"/> Other _____	Otro _____
<input type="checkbox"/> Post-traumatic stress disorder	Trastorno de estrés post-traumático	<input type="checkbox"/> None	Ninguna

14) OTHER (OTROS)		Yes(Sí)	No(No)
AIDS or HIV infection	SIDA o infección VIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexually transmitted disease	Enfermedad de transmisión sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthritis or painful swollen joints	Artritis o hinchazón en las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kidney disease	Enfermedad renal (de los riñones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Persistent swollen glands in neck	Glándulas inflamadas persistentes en el cuello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problems of the immune system	Problemas del sistema inmunitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If yes, please specify: _____	Si contesta sí, por favor especifique: _____		
Abnormal bleeding	Sangramiento anormal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you ever required a blood transfusion?	¿Le han hecho alguna vez una transfusión de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you have any blood disorder such as anemia?	¿Tiene algún desorden sanguíneo, como anemia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If yes, please specify: _____	Si contesta sí, por favor especifique: _____		
Cancer (please specify) _____	Cáncer (por favor especifique) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Have you ever had any treatment for tumor or growth?	¿Ha tenido usted algún tipo de tratamiento contra un tumor o crecimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If yes, please specify: _____	Si contesta sí, por favor explique: _____		
Radiation treatment	Tratamiento de radioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chemotherapy	Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other: _____	Otro: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15) MEDICATIONS (MEDICAMENTOS)		Yes(Sí)	No(No)
Have you ever taken medication for osteoporosis, like Fosamax or other?	¿Ha tomado usted algún medicamento para la osteoporosis, tal como Fosamax o algún otro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16) ALLERGIES (ALERGIAS)		Yes(Sí)	No(No)
Do you have any allergies?	¿Sufre usted de alguna alergia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are you allergic to latex (rubber)?	¿Es usted alérgico(a) al látex (caucho)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you have seasonal allergies?	¿Sufre usted de alergias según la estación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If yes, please specify: _____	Si contesta sí, por favor especifique: _____		
Are you allergic to anything else?	¿Es usted alérgico(a) a alguna otra cosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
If yes, please specify: _____	Si contesta sí, por favor especifique: _____		
Are you allergic to or have you had a reaction to any medication?	¿Es usted alérgico(a) a algún medicamento o ha sufrido alguna reacción a algún medicamento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Antibiotics Please specify: _____	<input type="checkbox"/> Antibióticos Por favor especifique: _____		
<input type="checkbox"/> Penicillin	<input type="checkbox"/> Penicilina		
<input type="checkbox"/> Sulfa drugs	<input type="checkbox"/> Sulfa		
<input type="checkbox"/> Barbiturates, sedatives or sleeping pills	<input type="checkbox"/> Barbitúricos, sedativos o píldoras de dormir		
<input type="checkbox"/> Aspirin	<input type="checkbox"/> Aspirina		
<input type="checkbox"/> Iodine	<input type="checkbox"/> Yodo		
<input type="checkbox"/> Codeine	<input type="checkbox"/> Codeína		
<input type="checkbox"/> Narcotics	<input type="checkbox"/> Narcóticos		
<input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Otro _____		

17) WOMEN ONLY (SOLAMENTE MUJERES)		Yes(Sí)	No(No)
Are you pregnant?	¿Está usted embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Do you have any problems associated with your menstrual period?	¿Tiene usted algún problema relacionado con los periodos menstruales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are you nursing?	¿Está amamantando [dándole el pecho a su niño(a)]?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are you taking birth control pills?	¿Está tomando pastillas anticonceptivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18) ORAL HEALTH HISTORY (ANTECEDENTES DE LA SALUD ORAL)	Chief Dental Complaint: _____	Razón por su visita hoy: _____
	Date of Last Dental Visit: _____	Fecha de su última visita al dentista: _____
19) PAST ORAL HEALTH ISSUES (ANTECEDENTES DE LA SALUD ORAL)		Yes(Sí) No(No)
Have you ever had orthodontic treatment (worn braces)?	¿Alguna vez se ha sometido a tratamiento de ortodoncia (uso de aparatos dentales (braces)?)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Have you ever been treated for any gum diseases (Gingivitis, periodontitis)?	¿Alguna vez se ha sometido a tratamiento por alguna enfermedad de las encías (gingivitis, periodontitis)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Have you ever had dental extractions? Specify if any associated problem(s) _____	¿Alguna vez le han extraído algún diente o muelas? Especifique si fue asociado a algún problema _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Have you had any injuries to your teeth, mouth or jaws? If yes, please specify: _____	¿Ha tenido o ¿Alguna vez ha sufrido alguna lesión de los dientes, la boca o mandíbula? Si contesta sí, por favor especifique: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Have you ever had a reaction to local anesthesia?	¿Alguna vez ha sufrido alguna reacción a la anestesia local?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Have you had any serious trouble associated with any previous dental treatment? If yes, please specify: _____	¿Alguna vez ha sufrido algún problema grave relacionado con algún tratamiento dental previo? Sí contesta sí, por favor especifique: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20) CURRENT ORAL HEALTH ISSUES (PROBLEMAS ACTUALES DE LA SALUD ORAL)		Yes(Sí) No(No)
Do your gums bleed when brushing your teeth?	¿Le sangran las encías cuando cepilla los dientes?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Do you grind or clench your teeth?	¿Rechina o aprieta usted sus dientes o muelas?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Do you often have toothaches?	¿Sufre de dolor de muelas o dientes con frecuencia?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Do you have frequent sores in your mouth?	¿Sufre de llagas (aftas) en la boca con frecuencia?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Do you have any swelling in your mouth or jaw? If yes, please specify: _____	¿Se le hincha la boca o quijada? Sí contesta sí, por favor especifique: _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Are you wearing dental appliances? If yes, when were they made? _____	¿Usa usted algún aparato dental removible? Sí es así, ¿cuando se lo hicieron? _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

SOCIAL HISTORY / ANTECEDENTES SOCIALES

Please check all the options that apply to you. **Por favor seleccione todas las opciones que le apliquen.**

21) Special needs:	Necesidades especiales:	22) What life stressors do you have?	¿Qué estresores tiene en su vida?
<input type="checkbox"/> Trouble seeing	Problemas para ver	<input type="checkbox"/> Family concerns	Preocupaciones familiares
<input type="checkbox"/> Trouble hearing	Problemas para oír	<input type="checkbox"/> Unemployment	Desempleo
<input type="checkbox"/> Trouble speaking	Problemas para hablar	<input type="checkbox"/> Homelessness	No tener hogar
<input type="checkbox"/> Trouble moving	Problemas para moverse	<input type="checkbox"/> Financial problems	Problemas financieros
Other _____	Otro _____	<input type="checkbox"/> Legal problems	Problemas legales
<input type="checkbox"/> None	Ninguna	<input type="checkbox"/> Other _____	Otro _____
		<input type="checkbox"/> None	Ninguna

Please check the option that best describes your current situation. **Por favor seleccione la opción que mejor describa su situación actual.**

23) Where do you live?	¿Dónde vive?	24) With whom do you live?	¿Con quién vive?
<input type="checkbox"/> Rental	Renta	<input type="checkbox"/> Alone	Solo(a)
<input type="checkbox"/> Own apartment/home	Apartamento/casa propia	<input type="checkbox"/> Spouse/Partner (only)	Esposo(a)/Pareja (únicamente)
<input type="checkbox"/> Group home/facility	Hogar/Residencia de grupo	<input type="checkbox"/> Spouse/Partner and children	Esposo(a)/Pareja e hijos
<input type="checkbox"/> Assisted living	Residencia de vida asistida	<input type="checkbox"/> Child/Children (only)	Niño/Niños (únicamente)
<input type="checkbox"/> Shelter	Albergue	<input type="checkbox"/> Roommate	Compañero(a) de cuarto
<input type="checkbox"/> Foster Care	Hogar de cuidado tutelar	<input type="checkbox"/> Parent(s)/Guardian(s)	Padres/Tutor(es)
<input type="checkbox"/> Homeless	Sin hogar	<input type="checkbox"/> Other relative(s)	Otro(s) familiar(es)
<input type="checkbox"/> Other _____	Otro _____	<input type="checkbox"/> Other _____	Otro _____

25) Highest Level of Education

- No schooling completed
- Nursery school to 8th grade
- Some high school, no diploma
- Some college credit, no degree
- Technical/vocational training
- Associate degree
- Bachelor's degree
- Postgraduate degree
(i.e., Master's, Doctorate)

Título de Más Alto Grado Educativo

- Sin estudios concluidos
- Pre-escolar a octavo grado
- Parte de escuela secundaria, no se graduó
- Algunos créditos de universidad, no se graduó
- Educación técnica/vocacional
- Grado de asociado
- Título de licenciatura
- Título de posgrado
(es decir: maestría, doctorado)

26) What makes it difficult to attend your dental appointments?

¿Qué dificultades se le presentan al asistir sus citas dentales?

- Unreliable transportation
- Anxiety about my dental appointment
- Lack of money/insurance coverage
- Lack of childcare
- Caring for another person
- Conflict with work schedule
- Other _____
- Nothing at this time

- Transporte poco confiable
- Ansiedad debido a mi cita dental
- Falta de dinero/cobertura de seguro
- Falta de cuidado de los niños
- Cuido a otra persona
- Conflicto con horario de trabajo
- Otro _____
- Ninguna en este momento

27) How do you feel about your dental visit today?

¿Cómo se siente con respecto a su visita dental de hoy?



Relaxed

Relajado(a)



A little uneasy

Un poco inquieto(a)



Tense

Tenso(a)



Anxious/nervous

Ansioso(a)/nervioso(a)



So anxious/nervous that I
sometimes break out in a sweat or
almost feel physically sick
Tan ansioso(a)/nervioso(a) que sudo y
me siento físicamente enfermo(a)