

YA Family Dental

HEALTH HISTORY / HISTORIA MEDICA

Patient Name / Nombre Del paciente: _____ Tel: _____

Date of Birth / Fecha de Nacimiento: _____ Age Edad: _____

Emergency Contact / En caso de emergencia llamar a: _____ Tel: _____

I. MARK THE RIGHT ANSWER

1. Is your general health good?
2. Has there been a change in your health within the last year?
3. Have you been hospitalized or had a serious illness in the last three years? Why?

4. Are you being treated by a Physician now?
For what? _____
Name of Physician _____
Telephone Number of _____
Date of last Medical Exam _____
Date of last Dental Exam _____
5. Have you had problems with prior dental treatment?
6. Are you in pain now? Where? _____

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |

II. HAVE YOU EXPERIENCED?

7. Chest pain (angina)?
8. Swollen ankles?
9. Shortness of breath?
10. Recent weight loss, fever, night sweats?
11. Persistent cough, coughing up blood?
12. Bleeding problems, bruising easily?
13. Sinus problems?
14. Difficulty swallowing?
15. Diarrhea, constipation, blood in stools?
16. Frequent vomiting, nausea?
17. Difficulty urinating, blood in urine?
18. Dizziness?
19. Ringing in the ears?
20. Headaches?
21. Fainting spells?
22. Fainting vision?
23. Seizures?
24. Excessive thirst?
25. Frequent urination?
26. Dry mouth?
27. Jaundice?
28. Joint pain, stiffness?

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |

III. DO YOU HAVE OR DO YOU HAVE HISTORY WITH?

29. Heart disease?
30. Heart attack, heart defects?
31. Heart murmur, mitral valve prolapse?
32. Rheumatic fever?
33. Stroke, hardening of arteries?
34. High blood pressure?
35. TB, emphysema, other lung diseases?
36. Hepatitis, other liver disease? Type? _____
37. Stomach problems, ulcers?
38. Allergies to drugs, food, medications?
39. Allergy to local anesthetics?
40. Allergy to Penicillin or other antibiotics?
41. Allergy to Sulfa drugs?
42. Allergy to Barbiturates, sedative/ sleeping pills?
43. Allergy to Aspirin?
44. Allergy to Iodine?

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Yes/Si | <input type="checkbox"/> No |

I. MARQUE LA RESPUESTA CORRECTA

1. ¿Tiene buena salud?
2. ¿Ha tenido algun cambio en su salud durante el último año?
3. ¿Ha estado hospitalizado o h sufrido alguna enfermedad grave en los últimos tres años?

4. ¿Se encuentra actualmente bajo tratamiento medico?
Porqué? _____
El nombre de su medico es _____
El domicilio de su médico es _____
El número de telefono de su médico es _____
Fecha de su último examen médico: _____
5. ¿Ha tenido problemas con algún tratamiento dental en el pasado?
6. ¿Tiene dolor ahora? _____

II. HA NOTADO?

7. ¿Dolor de pecho (angina)?
8. ¿Los tobillos hinchados?
9. ¿Falta de aire al respirar?
10. ¿Reciente perdida de peso, fiebre, sudores en la noche?
11. ¿Tos persistente o tos con sangre?
12. ¿Sangra fácilmente o excesivamente?
13. ¿Problemas de sinusitis?
14. ¿Dificultad al tragar?
15. ¿Diarrhea, estreñimiento, sangre en las heces?
16. ¿Vómitos con frecuencia, náuseas?
17. ¿Dificultad al orinar, sangre en la orina?
18. ¿Mareos?
19. ¿Ruidos en los oídos?
20. ¿Dolores de cabeza?
21. ¿Desmayos?
22. ¿Vista borrosa?
23. ¿Convulsiones?
24. ¿Sed excesiva?
25. ¿Orina con frecuencia?
26. ¿Boca seca?
27. ¿Ictericia?
28. ¿Dolor o rigidez en las conjunturas?

III. TIENE O HA TENIDO?

29. ¿Enfermedades del corazón?
30. ¿Infarto de corazón, defectos en el corazón?
31. ¿Soplos en el corazón?
32. ¿Fiebre reumática?
33. ¿Apoplejía, endurecimiento de las arterias?
34. ¿Presión sanguínea alta?
35. ¿Tuberculosis, enfisema, otras enfermedades del pulmón?
36. ¿Hepatitis, otras enfermedades del hígado? Typo? _____
37. ¿Problemas del estómago, úlceras?
38. ¿Alergias a remedios, comidas, medicamentos?
39. ¿Anestesia local?
40. ¿Alergias a antibióticos o penicilina?
41. ¿Alergias a drogas con sulfas?
42. ¿Alergias a barbituricos, sedantes o pastillas para dormir?
43. ¿Alergias a aspirina?
44. ¿Alergias a yodo?

