

MEDICAL HISTORY FORM**Patient Information:**Patient's Name: _____
Last First Middle InitialAddress: _____
Address City State Zip Code

Email Address: _____ SSN: _____ - _____ - _____ Date of Birth: _____/_____/____ Age: _____

Sex: M F Home No: _____ Cell No: _____ Alt. No: _____**Parent/Guardian Insurance Information: Relationship to Patient: _____ SELF**Name: _____
Last First Middle Initial

SSN: _____ - _____ - _____ Insurance No.: _____ Driver License No.: _____

Date of Birth: _____ / _____ / _____ Insurance Telephone No.: _____ Group No.: _____

Employer: _____ Address: _____

Home No: _____ Cell No: _____ Work No: _____

Name and Number of nearest relative not living with you: _____

How did you hear about us? Please mark below:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Online | <input type="checkbox"/> Flyer / Mail | <input type="checkbox"/> Printed Ad | <input type="checkbox"/> Billboard |
| <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> TV | <input type="checkbox"/> Community Event | <input type="checkbox"/> Health Fair / Screening |
| <input type="checkbox"/> Dr. Referral | <input type="checkbox"/> Driving / Walking by the Office | <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Insurance / Employer |
| <input type="checkbox"/> Friend / Relative | <input type="checkbox"/> Employee | <input type="checkbox"/> Other (Specify) _____ | |

Reason for today's dental visit: _____ Date of last dental visit: _____

Have you ever had an experience in a dental office that you would like to tell us about? Yes No

Please explain if yes: _____

Are you nervous about dental treatment? Yes No
Do your gums bleed, feel tender or irritated? Yes No
Are you unhappy with appearance of your teeth? Yes NoAre your teeth sensitive? Yes No
Do you have discolored teeth that bother you? Yes NoIf yes, to what? Sweets Hot Cold PressureAre you now seeing a physician? Yes No The name & telephone number of your physician(s) _____

If so, what is the condition being treated? _____

Are you taking any medications? Yes No If yes, please list: _____Have you or are you currently taking Aspirin? Yes NoDo you use tobacco? Yes No If yes, what kind and how much? _____Do you drink alcohol? Yes No If yes, how many units per week? _____If female, are you or do you suspect to be pregnant? Yes No Months: _____Have you or are you currently taking oral Bisphosphates? Actonel Boniva Fosamax Skelif Didrone Other _____Have you had any joint replacements? Yes No If yes, when? _____Is there anything else we should know about your health that was not covered on this form? Yes No

If yes, Please explain: _____

Please mark any of the following which you have had or have at present:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Heart Disease | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Nervousness | <input type="checkbox"/> NONE |
| <input type="checkbox"/> Heart Murmur | <input type="checkbox"/> Kidney Trouble | <input type="checkbox"/> Thyroid Disease | <input type="checkbox"/> HIV + AIDS |
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure | <input type="checkbox"/> Bone Loss | <input type="checkbox"/> Chemo: (Cancer, Leukemia) | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Blood Disease | <input type="checkbox"/> Epilepsy or Seizures | <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Hemophilia |
| <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever | <input type="checkbox"/> Ulcers | <input type="checkbox"/> Rheumatism | <input type="checkbox"/> Sickle Cell Disease |
| <input type="checkbox"/> Venereal Disease | <input type="checkbox"/> Emphysema | <input type="checkbox"/> Cortisone Medicine | <input type="checkbox"/> Bruise Easily |
| <input type="checkbox"/> Heart Pacemaker | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Joint Replacement | <input type="checkbox"/> Pain in Jaw Joint |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Scarlet Fever | <input type="checkbox"/> Hay Fever | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| | | | <input type="checkbox"/> Glaucoma |

Please mark any of the following medical allergies:

- | | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Local Anesthetics | <input type="checkbox"/> Penicillin | <input type="checkbox"/> Codeine or other narcotics | <input type="checkbox"/> NONE |
| <input type="checkbox"/> Aspirin | <input type="checkbox"/> Other antibiotic: | <input type="checkbox"/> Barbiturates or sedatives | <input type="checkbox"/> Fen-Phen |
| <input type="checkbox"/> Iodine | <input type="checkbox"/> Sulfa Drugs | <input type="checkbox"/> Latex | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| | | | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

To the best of my knowledge, all of the preceding answers are true and correct. If I ever have any change in my health, or if any medicines change, I will inform my dentist at the next appointment._____
Signature of Patient/Parent/Guardian_____
Medical History Update:

Dr. _____ Date _____

Dr. _____ Date _____

Dr. _____ Date _____

HISTORIAL MEDICO

Información Del Paciente:

Nombre Del Paciente: _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Dirección: _____

Dirección Cuidad _____ Estado _____ Código _____ Postal _____

Correo Electrónico: _____ No. Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad: _____

Sexo: M F Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ No. Alt: _____

Información del Padre/Guardián: Relación al Paciente: _____ Si Mismo

Nombre: _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

No. Seguro Social: _____ - _____ - _____ No Seguro Dental: _____ No. Licencia: _____

Fecha De Nacimiento: _____ / _____ / _____ Teléfono de Seguro Dental: _____ Group No.: _____

Empleador: _____ Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Nombre y teléfono de un pariente que no viva con usted: _____

Como Escucho De Nuestra Oficina? Por Favor Marque abajo:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Online | <input type="checkbox"/> Volantes / Correo | <input type="checkbox"/> Anuncio Impreso | <input type="checkbox"/> Cartelera |
| <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> TV | <input type="checkbox"/> Evento de la Comunidad | <input type="checkbox"/> Feria de Salud / Evaluacion de Salud |
| <input type="checkbox"/> Medico de Referencia | <input type="checkbox"/> Conduciendo / Caminando por la Oficina | <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Seguro Dental/Empleador |
| <input type="checkbox"/> Amigo / Familiares | <input type="checkbox"/> Empleado de Nosotros | <input type="checkbox"/> Otro (Especifique) _____ | |

Razón de su visita hoy: _____ Fecha de su última visita dental: _____

Ha tenido alguna vez una situación que no le gusto en una oficina dental que nos quiera decir? Si No

Si es así, favor de explicar: _____

¿Estás nervioso por tratamiento dental? Si No

¿Le sangran las encías, están sensibles o irritadas? Si No

Está satisfecho con la apariencia de sus dientes? Si No

¿Son sus dientes sensibles? Si No

¿Tiene dientes descolorados que le molestan? Si No

En caso afirmativo, ¿a qué? Dulces Caliente Fria Presión

¿Estás viendo a un médico? Si No El nombre y número de teléfono de su médico (s) _____

Si es así, ¿cuál es la enfermedad que padece? _____

¿Está tomando algún medicamento? Si No En caso afirmativo, indique: _____

¿Ha tomado o está tomando aspirina? Si No

¿Usa productos de tabaco? Si No Si es así, ¿qué tipo y cuánto? _____

¿Usa alcohol? Si No Si es así, ¿cuántas unidades por semana? _____

¿Si es mujer, usted esta o se sospecha que está embarazada? Si No Months: _____

¿Usted a tomado o está tomando actualmente Bisphosphonates orales? Actonel Boniva Fosamax Skelif Didrone Otro _____

¿Ha tenido algún reemplazo de articulaciones? Si No Si es así, ¿cuándo? _____

¿Hay algo más que debamos saber sobre su salud que no esté previsto en este formulario? Si No

En caso afirmativo, por favor explique: _____

Por favor marque de las siguientes condiciones que usted ha tenido o tiene en la actualidad: NINGUNO

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> La pérdida de hueso | <input type="checkbox"/> Quimioterapia: (Cáncer,leucemia) | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> Contusión fácilmente en la piel | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre | <input type="checkbox"/> Úlceras <input type="checkbox"/> Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Enfisema | <input type="checkbox"/> Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> Dolor en la articulación de la mandíbula | <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | |
| <input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulaciones | <input type="checkbox"/> Marcapasos del Corazón | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> La Cortisona Medicina |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Fiebre de heno | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Escarlatina | <input type="checkbox"/> VIH + SIDA | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Nerviosismo |

Por favor marque cualquiera de los siguientes elementos a cual le tiene alergia: NINGUNO

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anestésicos locales | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Codeína u otros narcóticos | <input type="checkbox"/> Fen-Phen |
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Yodo | <input type="checkbox"/> Los barbitúricos o sedantes | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Iodine | <input type="checkbox"/> Sulfatos | <input type="checkbox"/> Látex | <input type="checkbox"/> Otros antibióticos: _____ |

Al mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Si alguna vez tiene algún cambio en mi salud, o si cualquier cambio de medicamentos, informaré a mi dentista en la próxima cita.

Firma del Paciente / Padre / Tutor

Medical History Update:

Dr. Date

Dr. Date

Dr. Date