

MEDICAL HISTORY FORM

Date _____

Patient Information:

Patient's Name: _____
Last First Middle Initial

Address: _____
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:

- | | | | |
|--|--|--|--|
| ☐ Online | ☐ Flyer / Mail | ☐ Printed Ad | ☐ Billboard |
| ☐ Radio | ☐ TV | ☐ Community Event | ☐ Health Fair / Screening |
| ☐ Dr. Referral | ☐ Driving / Walking by the Office | ☐ Medicaid | ☐ Insurance / Employer |
| ☐ Friend / Relative | ☐ Employee | ☐ 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** ☐ **No**

Are your teeth sensitive? ☐ **Yes** ☐ **No** Do you have discolored teeth that bother you? ☐ **Yes** ☐ **No**

If yes, to what? ☐ **Sweets** ☐ **Hot** ☐ **Cold** ☐ **Pressure**

Are 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** ☐ **No**

Do 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 ☐ Skelid ☐ 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:

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

Please mark any of the following medical allergies:

- | | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|
| ☐ Local Anesthetics | ☐ Penicillin | ☐ Codeine or other narcotics | ☐ NONE |
| ☐ Aspirin | ☐ Other antibiotic: | ☐ Barbiturates or sedatives | ☐ Fen-Phen |
| ☐ Iodine | ☐ Sulfa Drugs | ☐ Latex | ☐ Other: _____ |
| | | | ☐ 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

Fecha _____

Información Del Paciente:

Nombre Del Paciente: _____

Dirección: _____

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: _____

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:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Online | ☐ Volantes / Correo | ☐ Anuncio Impreso | ☐ Cartelera |
| ☐ Radio | ☐ TV | ☐ Evento de la Comunidad | ☐ Feria de Salud / Evaluacion de Salud |
| ☐ Medico de Referencia | ☐ Conduciendo / Caminando por la Oficina | ☐ Medicaid | ☐ Seguro Dental/Empleador |
| ☐ Amigo / Familiares | ☐ Empleado de Nosotros | ☐ 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

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

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

☐ NINGUNO

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--|--|
| ☐ Anestésicos locales | ☐ Penicilina | ☐ Codeína u otros narcóticos | ☐ Fen-Phen |
| ☐ Aspirina | ☐ Yodo | ☐ Los barbitúricos o sedantes | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Iodine | ☐ Sulfatos | ☐ Látex | ☐ 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 _____