

Patient's Name: _____

Community Health Centers, Inc. Dental

HEALTH HISTORY HISTORIAL MEDICO

1. In case of emergency, who should be notified? _____
¿En caso de emergencia a quien notificamos? _____
Telephone (Teléfono) _____
Address (Dirección) _____
Relationship (Relación) _____

Yes/Si No

2. Are you having pain or discomfort at this time?
¿Tiene dolor o molestia en este momento?

3. How long since your last dental visit? _____
¿Hace cuanto tiempo fue su última visita dental?

4. Purpose of this visit: _____
¿Causa de esta visita?

Yes/Si No

5. Have you been under the care of a medical doctor during the past two years?
¿Ha estado usted bajo tratamiento medico durante los pasados dos anos?

Physician's Name (Nombre del medico) _____
Address (Dirección) _____
City (Ciudad) _____ Telephone (Teléfono) _____

Yes/Si No

6. Are you taking medication, drugs or pills?
¿Ha estado usted tomando algún medicamento, drogas o pastillas?

If yes, please list: _____

¿Cuales? Escribalos: _____

Yes/Si No	Antibiotics or sulfa drugs	<i>Antibióticos o drogas de sulfa</i>
Yes/Si No	Anticoagulants or blood thinner	<i>Anticoagulantes o diluyentes de sangre</i>
Yes/Si No	Antihistamines	<i>Antihistamínicos</i>
Yes/Si No	Aspirin	<i>Aspirinas</i>
Yes/Si No	Cortisone	<i>Cortisona</i>
Yes/Si No	Digitalis	<i>Digitales</i>
Yes/Si No	Insulin	<i>Insulina</i>
Yes/Si No	Medicine for high blood pressure	<i>Medicine para la alta presión</i>
Yes/Si No	Nitroglycerin	<i>Nitroglicerina</i>
Yes/Si No	Tranquilizers	<i>Tranquilizantes</i>

7. Are you allergic to any of the following medications?

¿Es alérgico a alguno de los siguientes medicamentos?

Yes/Si No	Aspirin	<i>Aspirina</i>
Yes/Si No	Barbiturates, sedatives, or sleeping pills	<i>Barbitúricos, sedativos, o pastillas para dormir</i>
Yes/Si No	Codeine or other narcotics	<i>Codeína u otros narcóticos</i>
Yes/Si No	Local anesthetics	<i>Anestesia local</i>
Yes/Si No	Penicillin or other antibiotics	<i>Penicilina u otro antibiótico</i>
Yes/Si No	Sulfa drugs	<i>Drogas de sulfa</i>

Any other allergies? List: _____

¿Otro alérgico? Escribales: _____

How do you learn the best?

¿Cuál es la mejor manera que usted aprende?

☐ Hearing ☐ Reading

☐ Escuchar ☐ Lectura

☐ Seeing ☐ Written material to take home

☐ Visual ☐ Material escrito para llevar a casa

Primary language spoken and read at home: _____

¿Idioma principal usado en su casa (escrito y hablado)?: _____

Patient's Name: _____

Community Health Centers, Inc. Dental

Do you have any religious/cultural beliefs to be considered when giving medical care or patient education?

☐ Yes ☐ No

¿Tiene usted alguna creencia religiosa o cultural que se debe considerar en su tratamiento médico?

☐ Si ☐ No

If yes, please list: _____

Favor haga lista: _____

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

Si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades indíquelo:

Yes/Si	No	Allergies	Alergias
Yes/Si	No	Angina pectoris	Angina de pecho
Yes/Si	No	Artificial heart valve	Marcapaso
Yes/Si	No	Artificial joints	Huesos artificiales
Yes/Si	No	Asthma	Asma
Yes/Si	No	Blood transfusion	Transfusiones de sangre
Yes/Si	No	Chemotherapy	Quimioterapia
Yes/Si	No	Cold sores/fever blisters	Úlceras de las boca/por fiebre
Yes/Si	No	Congenital heart lesions	Lesiones congénitas en el corazón
Yes/Si	No	Diabetes	Diabetes
Yes/Si	No	Dialysis/kidney trouble	Diálisis/problemas del riñón
Yes/Si	No	Epilepsy	Epilepsia
Yes/Si	No	Glaucoma	Glaucoma
Yes/Si	No	Heart disease or attack	Enfermedad o ataque del corazón
Yes/Si	No	Heart murmur	Soplo en el corazón
Yes/Si	No	Heart pacemaker	Marcapaso
Yes/Si	No	Heart surgery	Cirugía del corazón
Yes/Si	No	Hemophilia	Hemofilia
Yes/Si	No	Hepatitis A (infectious)	Hepatitis A (infecciosa)
Yes/Si	No	Hepatitis B (serum)	Hepatitis B (sangre)
Yes/Si	No	High blood pressure	Presión alta
Yes/Si	No	HIV/AIDS	HIV/SIDA
Yes/Si	No	Liver disease	Enfermedad del hígado
Yes/Si	No	Pain in jaw joints	Dolor en la articulación de la mandíbula
Yes/Si	No	Psychiatric treatment	Tratamiento psiquiátrico
Yes/Si	No	Rheumatic/scarlet fever	Fiebre escarlatina
Yes/Si	No	Sinus trouble	Problemas de sinusitis
Yes/Si	No	Syphilis, gonorrhea, herpes	Sífilis, gonorrea, herpes
Yes/Si	No	Thyroid disease	Enfermedad de la tiroides
Yes/Si	No	Tuberculosis	Tuberculosis
Yes/Si	No	X ray treatment	Tratamiento de rayos X

Yes/Si No Do you have any disease or problem not listed?

¿Tiene alguna otra enfermedad o condición, que no esta en esta lista?

Yes/Si No For Women Only: Are you pregnant? If yes, what month? _____

Mujeres solamente: ¿Esta usted embarazada? ¿En que trimestre? _____

Please list all hospitalizations and surgeries:

(Nombre todas las cirugías y hospitalizaciones)

Patient's Name: _____

Community Health Centers, Inc. Dental

CONSENT (PERMISO PARA TRATAMIENTO)

The undersigned hereby authorizes the doctor to make X-rays, study models, photographs or any other diagnostic aids deemed appropriate by the doctor to make a thorough diagnosis of the patient's dental needs. I also authorize the doctor to perform any and all forms of treatment, medication, and therapy that may be indicated for the above named patient after being informed of the recommended treatment.

El que abajo firma, por esta autoriza al doctor, personal de su oficina; a tomar radiografías, modelos de yeso, fotografías o cualquier otra ayuda diagnostica que así sea necesaria para que el doctor pueda hacer un diagnostico completo de mis necesidades dentales, yo también autorizo al doctor a rendir tratamiento, medicinas y la terapia que sea indicada, después de ser usted informado del tratamiento recomendado por el doctor.

I further authorize the doctor to choose and employ such assistance as he deems fit. I also understand that the use of anesthetic agents embodies a potential risk.

Yo también autorizo al doctor a escoger y emplear la asistencia que así sea necesaria o indicada. Entiendo que el uso de agentes anestésicos lleva riesgos. Yo, entiendo que la responsabilidad, de los pagos dentales hechos en esta oficina son obligación mía, y de mis dependientes. Y debe ser pagado el día del servicio; a menos que se hagan arreglos financieros con prioridad.

I understand that the responsibility for payment for all dental services provided in this office for myself and my dependents is mine, due and payable at the time services are rendered unless prior financial arrangements have been made. I also understand that all X-rays and diagnostic aids are the property of the dental office and that requested copies will be made available to me for a reasonable fee as set by this office.

Entiendo que el record y las radiografías así como ayudas diagnosticas son propiedad de la oficina dental y las copias estarán a mi disposición si las requiriera, por lo cual se me cobrara una suma razonable determinada por esta oficina.

The above information is true and I promise to notify this office of any changes in my medical history as soon as they occur. *(La información de arriba es cierta, y yo prometo notificar a esta oficina cualquier cambio en mi historial medico.)*

Signature of Patient or Legal Guardian: _____ Date _____
(Firma del paciente o del guardián legal) (Fecha)

-TO BE COMPLETED BY DENTIST-

Medical summary: _____

Medical alert: _____

Medical clearance required: Yes _____ No _____

Patient must be premedicated: Yes _____ No _____

_____ Penicillin

_____ Erythromycin

Date Reviewed: _____ Dentist's Signature: _____

Date Reviewed: _____ Dentist's Signature: _____

Date Reviewed: _____ Dentist's Signature: _____

Date Reviewed: _____ Dentist's Signature: _____

Date Reviewed: _____ Dentist's Signature: _____