



Medical History Long Form (Historial Medico)

Chart #: _____ Date (Fecha): _____

Patient's Name (Nombre del Paciente): _____

Weight (Peso): _____ Height (Altura): _____

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

Address (Dirección): _____

Phone # (Numero de teléfono): (____) _____ - _____

For the following questions, please circle "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 some questions about your responses to this questionnaire and there may be additional questions concerning your health.

Para contestar a las siguientes preguntas, por favor marque con un circulo alrededor del "Si" o "No" a lo que aplique. Sus respuestas son solamente para nuestro historial medico 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.

Are you in good health? ¿Goza usted de buena salud? YES (Si) NO (No)

Has there been any change in your general health within the past year? YES (Si) NO (No)

¿En el último año, ha tenido algún cambio en su salud?

If yes, please specify: Si es así, explique: _____

My last physical examination was on: Mi ultimo examen medico fue: (Date) (Fecha) _____

Are you now under the care of a physician? ¿Esta usted bajo algún tratamiento medico? YES (Si) NO (No)

If yes, what is the condition being treated? Si es así, ¿para que es el tratamiento? _____

The name and address of my physician(s) is: Nombre y dirección de mi doctor:

Telephone # Numero de teléfono _____

Have you had any serious illness, operation, or been hospitalized in the past 10 years? YES (Si) 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 es así, explique: _____

Do you have any artificial joints (such as hip or knee replacements) ? YES (Si) NO (No)

¿Tiene usted alguna articulación artificial, como cadera o rodilla?

If yes, please specify: Si es así, explique: _____

If yes, when? Si es así, ¿cuando? _____

Are you taking any medicine(s) including non-prescription medicine? YES (Si) NO (No)

¿Esta usted tomando alguna(s) medicina(s) o droga, incluyendo que no requieran recetas?

If yes, what medicine(s) are you taking? Si es así, cual es el nombre de la medicina(s)? _____

Have you ever taken medication for Osteoporosis, like Fosamax or other? YES (Si) NO (No)

¿Ha tomado usted algun medicamento para la Osteoporosis, como Fosamax o otro?

Do you have or have you had any of the following diseases or problems?

¿Padece usted o ha padecido alguna vez de alguna de las siguientes enfermedades o problemas?

Damaged heart valves or artificial heart valves Daño a las válvulas del corazón, válvulas artificiales del corazón YES (Si) NO (No)

Cardiovascular Disease (heart trouble, coronary insufficiency, coronary occlusion, arteriosclerosis, stroke) Enfermedad cardiovascular (como problemas del corazón, ataque al corazón, angina, insuficiencia cardiaca, obstrucción coronaria, arteriosclerosis, ataque de parálisis/derrame cerebral) YES (Si) NO (No)

Heart Attack Ataque al corazón YES (Si) NO (No)

If yes, when? Si es así, ¿cuando? _____

Heart Murmur or Rheumatic Heart Disease Soplo del corazón o enfermedad reumática del corazón YES (Si) NO (No)

High Cholesterol Colesterol Alto YES (Si) NO (No)

High Blood Pressure (Hypertension) Presión Alta YES (Si) NO (No)

Chest Pain upon exertion Dolor de pecho cuando hace ejercicio	YES (Si)	NO (No)
Angina Angina	YES (Si)	NO (No)
Short of breath after mild exercise or when lying down Falta de aire después de algún ejercicio o acostado	YES (Si)	NO (No)
Do your ankles swell? ¿Se le hinchan los tobillos?	YES (Si)	NO (No)
Do you have inborn heart defects? ¿ Defectos en el corazón de nacimiento?	YES (Si)	NO (No)
Cardiac Pacemaker Marcapaso cardiaco	YES (Si)	NO (No)
Sinus Problems (Sinusitis) Sinusitis	YES (Si)	NO (No)
Asthma Asma	YES (Si)	NO (No)
Respiratory problems (Emphysema, Bronchitis, etc) Problemas respiratorios, como Enfisema, Bronquitis, etc.	YES (Si)	NO (No)
Hay Fever Fiebre del heno	YES (Si)	NO (No)
Fainting spells Desmayos	YES (Si)	NO (No)
Seizures Convulsiones	YES (Si)	NO (No)
Diabetes Diabetes	YES (Si)	NO (No)
Is there a history of diabetes in your family? ¿Tiene algún familiar con historial diabético?	YES (Si)	NO (No)
If yes, who? Si es así, ¿Quién? _____		
Liver disease or Jaundice Enfermedad del hígado o Ictericia	YES (Si)	NO (No)
Hepatitis Hepatitis	YES (Si)	NO (No)
AIDS or HIV infection AIDS o Infección VIH	YES (Si)	NO (No)
Thyroid problems Problemas de Tiroide	YES (Si)	NO (No)
Arthritis or painful swollen joints Artritis o dolor/inflamación en las articulaciones	YES (Si)	NO (No)
Persistent diarrhea / recent weight loss Diarrea persistente o Perdida de peso	YES (Si)	NO (No)
Stomach ulcer or Hyperacidity Úlceras del estomago o hiperacidez	YES (Si)	NO (No)
Kidney Disease Enfermedades Renales	YES (Si)	NO (No)
Tuberculosis Tuberculosis	YES (Si)	NO (No)
Persistent cough or cough that produces blood Tos constante o que produce sangramiento	YES (Si)	NO (No)
Persistent swollen glands in neck Inflamación persistente de los ganglios en el cuello	YES (Si)	NO (No)
Low blood pressure Presión Baja	YES (Si)	NO (No)
Sexually transmitted disease Enfermedades Venéreas	YES (Si)	NO (No)
Epilepsy or other neurological disease Epilepsia o enfermedades neurológicas	YES (Si)	NO (No)
Problems with mental health Problemas mentales	YES (Si)	NO (No)
Problems of the Immune System Problemas con el sistema inmunológico	YES (Si)	NO (No)
If yes, please specify: Si es así, explique: _____		
Abnormal bleeding Sangramiento Anormal	YES (Si)	NO (No)
If yes, please specify: Si es así, explique: _____		
Have you ever required a blood transfusion? ¿Le han hecho alguna una transfusión de sangre?	YES (Si)	NO (No)
Do you have any blood disorder such as Anemia? ¿Tiene algún desorden sanguíneo, como Anemia?	YES (Si)	NO (No)
If yes, please specify: Si es así, explique: _____		
Cancer Cancer	YES (Si)	NO (No)
If yes, please specify: Si es así, explique: _____		
Have you ever had any treatment for tumor or growth? ¿Ha tenido usted algún tipo de tratamiento contra un tumor o crecimiento?	YES (Si)	NO (No)
If yes, please specify: Si es así, explique: _____		
Radiation Treatment Tratamiento de Radioterapia	YES (Si)	NO (No)
Chemotherapy Quimioterapia	YES (Si)	NO (No)
Other: Otro: _____	YES (Si)	NO (No)
Do you have any Allergies? ¿Tiene usted alergias?	YES (Si)	NO (No)
Are you allergic to or have you had a reaction to any medication ? ¿Es usted alérgico(a) o ha tenido una reacción adversa a alguna medicina?	YES (Si)	NO (No)
Antibiotics Antibióticos		
If yes, please specify: Si es así, explique: _____		
Penicillin Penicilina	YES (Si)	NO (No)
Sulfa drugs Sulfa	YES (Si)	NO (No)
Barbiturates, sedatives or sleeping pills Barbitúricos, sedativos o píldoras de dormir	YES (Si)	NO (No)
Aspirin Aspirina	YES (Si)	NO (No)
Iodine Iodo	YES (Si)	NO (No)
Codeine Codeina	YES (Si)	NO (No)
Narcotics Narcóticos	YES (Si)	NO (No)
Other: Otro: _____	YES (Si)	NO (No)
If yes, please specify: Si es así, explique: _____		

Are you allergic to latex or rubber? ¿Es usted alérgico(a) a artículos de goma/látex?	YES (Si)	NO (No)
Are you allergic to anything else? ¿Es usted alérgico(a) a algo mas? If yes, please specify: Si es así, explique: _____	YES (Si)	NO (No)
Do you have seasonal allergies? ¿Tiene usted alergias estacional? If yes, please specify: Si es así, explique: _____	YES (Si)	NO (No)
Have you ever had a reaction to local anesthesia? ¿Ha tenido usted alguna reacción a la anestesia local?	YES (Si)	NO (No)
Do you have any disease, condition, or problem not listed above that you think I should know about? ¿Ha tenido usted alguna enfermedad, condición o problema medico del cual debo saber? If yes, please specify: Si es así, explique: _____	YES (Si)	NO (No)
Have you had any serious trouble associated with any previous dental treatment? ¿Ha tenido usted algún problema asociado a algún tratamiento dental hecho anteriormente? If yes, please specify: Si es así, explique: _____	YES (Si)	NO (No)
Are you wearing contact lenses? ¿Usa usted lentes de contacto?	YES (Si)	NO (No)
Do you smoke or use any form of tobacco products? ¿Fuma usted o usa algún tipo de productos de tabaco? If yes, do you want to stop? Si es así, ¿quiere parar de fumar? _____	YES (Si)	NO (No)
Have you ever used or are you using diet pills, including Fen-Phen (Fenfluramine and Dexfenfuramine)? ¿Ha tomado o esta tomando pastillas para adelgazar, incluyendo Fen-Phen (Fenfluramine and Dexfenfuramine)?	YES (Si)	NO (No)

WOMEN ONLY

Are you pregnant? ¿Esta usted embarazada/en estado?	YES (Si)	NO (No)
Do you have any problems associated with your menstrual period? ¿Tiene usted algún problema con su periodo menstrual?	YES (Si)	NO (No)
Are you nursing? ¿Esta usted dándole el pecho a su niño(a)?	YES (Si)	NO (No)
Are you taking birth control pills? ¿Esta usted tomando pastillas anti-conceptivas?	YES (Si)	NO (No)

ORAL HEALTH HISTORY

Chief Dental Complaint Razón por su visita hoy: _____		
Last Dental Visit Su ultima visita al dentista : _____	(Date) (Fecha)	_____
Have you ever had orthodontic treatment (worn braces)? ¿Usa o ha usado usted aparatos en los dientes (aritos)?	YES (Si)	NO (No)
Have you ever been treated for any gum diseases (Gingivitis, periodontitis)? ¿Ha tenido usted alguna enfermedad en las encías, como Gingivitis, periodontitis, etc. ?	YES (Si)	NO (No)
Do your gums bleed when brushing your teeth? ¿Le sangran las encías cuando se lava los dientes?)	YES (Si)	NO (No)
Do you grind or clench your teeth? ¿Rechina usted sus dientes o muelas?	YES (Si)	NO (No)
Do you often have toothaches? ¿Tiene usted dolor en sus dientes o muelas frecuente?	YES (Si)	NO (No)
Do you have frequent sores in your mouth? ¿Tiene o ha tenido usted ulceritas frecuentes en su boca?	YES (Si)	NO (No)
Have you had any injuries to your teeth, mouth or jaws? ¿Ha tenido o sufrido usted golpes en su boca o quijada? If yes, please specify: Si es así, explique: _____	YES (Si)	NO (No)
Do you have any swelling of your mouth or jaws? ¿Se le hincha la boca o quijada? If yes, please specify: Si es así, explique: _____	YES (Si)	NO (No)
Are you wearing dental appliances? ¿Usa usted algún aparato dental removable? If yes, when were they made? Si es así, ¿cuando se lo hicieron?: _____	YES (Si)	NO (No)
Have you ever had dental extractions? ¿Ha tenido usted alguna extracción de sus dientes o muelas? Specify if any associated problem(s) Especifique si fue asociado a algún problema _____	YES (Si)	NO (No)