



CBHA DENTAL MEDICAL HISTORY

PATIENT NAME _____ Birth Date _____

Although dental personnel primarily treat the area in and around your mouth, your mouth is a part of your entire body. Health problems that you may have, or medication that you may be taking, could have an important interrelationship with the dentistry you will receive. Thank you for answering the following questions.

- Are you under a physician's care now? Yes No If yes, please explain: _____
- Have you ever been hospitalized or had a major operation? Yes No If yes, please explain: _____
- Have you ever had a serious head or neck injury? Yes No If yes, please explain: _____
- Are you taking any medications, pills, or drugs? Yes No If yes, please explain: _____
- Do you take, or have you taken, Phen-Fen or Redux? Yes No _____
- Are you on a special diet? Yes No _____
- Do you use tobacco? Yes No _____
- Do you use controlled substances? Yes No _____

Women: Are you
Pregnant/Trying to get pregnant? Yes No Taking oral contraceptives? Yes No Nursing? Yes No

Are you allergic to any of the following?
 Aspirin Penicillin Codeine Acrylic Metal Latex Local Anesthetics
 Other If yes, please explain: _____

- Do you have, or have you had, any of the following?
- | | | | |
|--|--|--|---|
| AIDS/HIV Positive <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Cortisone Medicine <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Hemophilia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Renal Dialysis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Alzheimer's Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Diabetes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Hepatitis A <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Rheumatic Fever <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Anaphylaxis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Drug Addiction <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Hepatitis B or C <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Rheumatism <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Anemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Easily Winded <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Herpes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Scarlet Fever <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Angina <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Emphysema <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | High Blood Pressure <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Shingles <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Arthritis/Gout <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Epilepsy or Seizures <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Hives or Rash <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Sickle Cell Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Artificial Heart Valve <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Excessive Bleeding <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Hypoglycemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Sinus Trouble <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Artificial Joint <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Excessive Thirst <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Irregular Heartbeat <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Spina Bifida <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Asthma <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Fainting Spells/Dizziness <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Kidney Problems <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Stomach/Intestinal Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Blood Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Frequent Cough <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Leukemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Stroke <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Blood Transfusion <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Frequent Diarrhea <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Liver Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Swelling of Limbs <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Breathing Problem <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Frequent Headaches <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Low Blood Pressure <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Thyroid Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Bruise Easily <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Genital Herpes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Lung Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Tonsillitis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Cancer <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Glaucoma <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Mitral Valve Prolapse <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Tuberculosis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Chemotherapy <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Hay Fever <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Pain in Jaw Joints <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Tumors or Growths <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Chest Pains <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Heart Attack/Failure <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Parathyroid Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Ulcers <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Cold Sores/Fever Blisters <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Heart Murmur <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Psychiatric Care <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Venereal Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Congenital Heart Disorder <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Heart Pace Maker <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Radiation Treatments <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Yellow Jaundice <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Convulsions <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Heart Trouble/Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Recent Weight Loss <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | |

Have you ever had any serious illness not listed above? Yes No If yes, please explain: _____

Comments: _____

To the best of my knowledge, the questions on this form have been accurately answered. I understand that providing incorrect information can be dangerous to my (or patient's) health. It is my responsibility to inform the dental office of any changes in medical status.

SIGNATURE OF PATIENT, PARENT, or GUARDIAN _____ DATE _____



CBHA DENTAL

HISTORIA CLÍNICA

Nombre de Paciente: _____

Fecha Nacimiento: _____

A pesar de Que personal dental trata principalmente el área dentro y cerca de la boca, la boca es parte del cuerpo. Problemas de salud que tenga, o medicamento que toma, pueden tener una interrelación con la atención dental que recibirá. Gracias por contestar las preguntas siguientes.

- ¿Está bajo cuidado médico ahora? Sí No Si dijo sí, por favor explique: _____
- ¿Alguna vez estuvo hospitalizado o tuvo operación mayor? Sí No Si dijo sí, por favor explique: _____
- ¿Alguna tuvo lastimadura seria de cabeza o cuello? Sí No Si dijo sí, por favor explique: _____
- ¿Está tomando algún medicamento, pastilla o droga? Sí No Si dijo sí, por favor explique: _____
- ¿Toma, o ha tomado, Fen-Fen o Redux? Sí No _____
- ¿Tiene dieta especial? Sí No _____
- ¿Usa tabaco? Sí No _____
- ¿Usa sustancias controladas? Sí No _____

Mujeres: ¿Está? _____

¿Embarazada/Tratando de estarla? Sí No ¿Tomando anticonceptivo oral? Sí No ¿Dando pecho? Sí No

¿Tiene alergia para cualquiera de lo siguiente?

- Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal Látex Anestésias locales
- Otro Si dijo sí, por favor explique: _____

¿Tiene, o alguna vez ha tenido, cualquiera de lo siguiente?

- | | | | |
|--|--|---|---|
| SIDA/VIH Positivo <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Medicina de Cortisona <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Hemofilia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Diálisis Renal <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Enfermedad de Alzheimer <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Diabetes <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Hepatitis A <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Fiebre Reumática <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Anafilaxis <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Adicción a las drogas <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Hepatitis B o C <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Reumatismo <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Anemia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Pierde fácil el aliento <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Herpes <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Escarlatina <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Angina <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Enfisema <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Presión alta <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Herpes Zoster, Zona <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Artritis/Gota <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Epilepsia o ataques <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Ronchas o salpullido <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Enfermedad célula hoz <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Válvula Artificial Corazón <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Hemorragia excesiva <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Hipoglucemia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Problema seno nasal <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Coyuntura Artificial <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Sed excesiva <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Latido irregular <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Espina Bífida <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Asma <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Desmayos /Mareos <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Problemas de riñón <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Enfermedad estómago/intestino <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Enfermedad de sangre <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Tos frecuente <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Leucemia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Derrame cerebral <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Transfusión de Sangre <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Diarrea frecuente <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Enfermedad al hígado <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Hinchazón de extremidades <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Problema de respirar <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Dolor de cabeza frecuente <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Presión baja <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Enfermedad de tiroides <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Moretes fácilmente <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Herpes Genital <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Enfermedad al pulmón <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Amigdalitis <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Cáncer <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Glaucoma <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Prolapso Válvula Mitral <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Tuberculosis <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Quimioterapia <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Fiebre de Heno <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Dolor coyuntura mandíbula <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Tumores o crecimientos <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Dolores de pecho <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Ataque/falla cardiaca <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Enfermedad paratiroides <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Úlceras <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Fuegos/Ampollas de fiebre <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Murmulo de corazón <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Cuidado siquiátrico <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Enfermedad venérea <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Desorden Congénito Corazón <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Marcapasos <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Tratamiento radiación <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Piel amarilla (ictericia) <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No |
| Convulsiones <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Problema/enfermedad cardiaca <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Pérdida peso reciente <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | |

¿Alguna vez ha tenido enfermedad seria que no está en la lista? Sí No Si dijo sí, por favor explique: _____

Comentarios:

Hasta donde yo sepa, las preguntas en este formulario fueron contestadas correctamente. Entiendo que datos incorrectos pueden ser peligrosos a la salud mía (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en mi estado médico.

FIRMA DE PACIENTE, PADRE, o TUTOR: _____ FECHA: _____