

A) Patient Name (Nombre) _____
 Address (Direccion) _____ Apt. # _____
 City (Ciudad) _____ Zip Code (Zona) _____ Phone (Tel) _____ Cellular _____
 Driver's License # (Numero de Licencia) _____ Social Security Number (Numero de Seguro Social) _____
 Occupation (Ocupacion) _____ Employed by (Empleado por) _____
 How Long (Por cuanto tiempo) _____ Business Phone (Telefono de su Trabajo) _____
 Business Address (Direccion de su Trabajo) _____

Age: (Edad) _____	Weight (peso) _____
Birthdate (fecha de nacimiento) _____	

B) Responsible Party or Spouse (Persona Responsable o Esposo(a)) _____ Email _____
 Address (Direccion) _____ Apt. # _____ City (Ciudad) _____
 Zip Code (Zona) _____ Responsible Party Phone (Telefono de Persona Responsable) _____
 Driver's License # (Numero de Licencia) _____ Social Security Number (Numero de Seguro Social) _____
 Occupation (Ocupacion) _____ Employed by (Empleado por) _____
 How Long (Por cuanto tiempo) _____ Business Phone (Telefono de su Trabajo) _____
 Business Address (Direccion de su Trabajo) _____
 Relationship to Patient (Parentesco con el Paciente) _____

C) In Case of Emergency Contact Name _____ Phone: (Telefono): _____
 (En caso de emergencia llame a (Nombre) _____

D) How did you hear about our office? (Como supo de nuestra oficina?) _____

INSTRUCTIONS

ANSWER ALL QUESTION AND FILL IN BLANK SPACES WHEN INDICATED. ANSWERS TO THE FOLLOWING QUESTIONS ARE FOR OUR RECORDS ONLY AND WILL BE CONFIDENTIAL.

- | | YES-SI | NO |
|--|--------|-------|
| 1. Have you had Food or Drink today..... | _____ | _____ |
| 2. Are you in good health..... | _____ | _____ |
| a) Has there been any change in your General health within the past year..... | _____ | _____ |
| 3. My last physical was on _____ | _____ | _____ |
| 4. Are you now under the care of a physician..... | _____ | _____ |
| a) If so, what is the condition being treated _____ | _____ | _____ |
| 5. The name and address of my physician is _____ | _____ | _____ |
| 6. Have you had any serious illness or operation)..... | _____ | _____ |
| 7. Have you been hospitalized or had a serious illness During the past 5 years..... | _____ | _____ |
| a) If so, what was the problem _____ | _____ | _____ |
| 8. Do you drink alcohol beverages..... | _____ | _____ |
| 9. Do you have or have you had any of the following Diseases or problems | _____ | _____ |
| a) Rheumatic fever or rheumatic heart disease..... | _____ | _____ |
| b) Congenital heart lesions..... | _____ | _____ |
| c) Cardiovascular disease (heart trouble, heart attack Coronary insufficiency, coronary occlusion, High blood pressure, arteriosclerosis, stroke)..... | _____ | _____ |
| 1. Do you have pain in chest upon exertion..... | _____ | _____ |
| 2. Are you ever short of breath after mild exercise..... | _____ | _____ |
| 3. Do your ankles swell..... | _____ | _____ |
| 4. Do you get short of breath when you lie down, or Do you require extra pillows when you sleep..... | _____ | _____ |
| d) Allergy..... | _____ | _____ |
| e) Asthma or Hay Fever..... | _____ | _____ |
| f) Hives or Skin Rash..... | _____ | _____ |
| g) Fainting spells or seizures..... | _____ | _____ |
| h) Diabetes..... | _____ | _____ |
| 1) Do you have to urinate (pass water) more than 6 Times a day..... | _____ | _____ |
| 2) Are you thirsty much of the time..... | _____ | _____ |
| 3) Does your mouth frequently become dry..... | _____ | _____ |
| i) Hepatitis, Jaundice or Liver disease..... | _____ | _____ |
| j) Arthritis..... | _____ | _____ |
| k) Inflammatory Rheumatism (painful, swollen joints)..... | _____ | _____ |
| l) Stomach ulcers..... | _____ | _____ |
| m) Kidney trouble..... | _____ | _____ |
| n) Tuberculosis..... | _____ | _____ |
| o) Do you have persistent cough or cough blood..... | _____ | _____ |
| p) Low blood pressure..... | _____ | _____ |
| q) Venereal disease..... | _____ | _____ |
| r) Do you suffer from any type or nervous condition..... If so what _____ | _____ | _____ |
| s) Other..... | _____ | _____ |
| t) Have you been infected with H.I.V. virus..... | _____ | _____ |
| u) Have you been taking Phen-Phen..... | _____ | _____ |
| v) Are you allergic to Latex..... | _____ | _____ |

INSTRUCCIONES

CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS Y LLENE LOS ESPACIOS EN BLANCO CUANDO SE INDIQUE. LAS CONTESTACIONES A NUESTRAS PREGUNTAS SON UNICAMENTE PARA NUESTROS ARCHIVOS Y SE CONSIDERAN EXTRACTAMENTE CONFIDENCIALES.

- | | |
|---|-------|
| 1. A comido o bebido algo hoy dia | _____ |
| 2. Esta usted en buena salud | _____ |
| a) Ha habido algun cambio de su salud en el ultimo año. | _____ |
| 3. Mi ultimo examen medico fue en _____ | _____ |
| 4. Esta ahora bajo cuidado medico | _____ |
| a) si es asi, que enfermedad se esta curando _____ | _____ |
| 5. El nombre y direccion de mi medico es _____ | _____ |
| 6. A tenido alguna enfermedad seria U operacion | _____ |
| 7. Durante los ultimos cinco (5) años ha sido hospitalizado o tenido una seria enfermedad | _____ |
| a) Si contesta si, explique _____ | _____ |
| 8. Usted toma bebidas alcoholicas | _____ |
| 9. Tiene o ha tenido alguno de las siguientes enfermedades o problemas: | _____ |
| a) Fiebre reumatica o reuma cardiaca | _____ |
| b) Lesion cardiaca congenita | _____ |
| c) Enfermedad Cardiovascular (enfermedad del corazon, insuficiencia cardiaca, oclusion coronaria, alta presion arterial, arteriosclerosis, sincope) | _____ |
| 1. Tiene algun dolor en el pecho cuando hace algun esfuerzo | _____ |
| 2. Despues de hacer algun ejercicio siente faltarle el aire | _____ |
| 3. Se le hinchan los tobillos | _____ |
| 4. Cuando se acuesta siente que le falta aire para respirar o que le faltan almohadas cuando duerme | _____ |
| d) Alergia | _____ |
| e) Asma o fiebre de heno | _____ |
| f) Ronchas o salpullido | _____ |
| g) Desmayos y sudores | _____ |
| h) Diabetes | _____ |
| 1. Orina mas de seis (6) veces por dia | _____ |
| 2. Tiene sed la mayoria del tiempo | _____ |
| 3. Se le reseca la boca frecuentemente | _____ |
| i) Malestar bilioso, hepatitis o enfermedad renal | _____ |
| j) Artritis | _____ |
| k) Inflamacion reumatica (coyunturas inflamadas con dolor) | _____ |
| l) Ulceras estomacales | _____ |
| m) Enfermedad del riñon | _____ |
| n) Tuberculosis | _____ |
| o) Tos persistente o tos sangre | _____ |
| p) Baja presion sanguinea | _____ |
| q) Enfermedades Venereas | _____ |
| r) Padece de algun trastorno nervioso Si asi de que padece _____ | _____ |
| s) Otras enfermedades _____ | _____ |
| t) Ha sido infectado con el virus H.I.V. | _____ |
| u) Ha estado tomando Phen Phen | _____ |
| v) Es alergico al Latex | _____ |

INSTRUCTIONS

INSTRUCCIONES

YES-SI NO

- 10 Have you had abnormal bleeding associated with previous extractions, surgery or trauma.....
a) Do you bruise easily.....
b) Have you ever required a blood transfusion.....
If so, explain the circumstances.....
- 11 Do you have any blood pressure such as anemia.....
- 12 Have you had surgery or x-ray treatment for a tumor, growth, or other conditions of your mouth or lips.....
- 13 Are you taking any drugs or medicine.....
If so, what.....
- 14 Are you taking any of the following:
a) Antibiotics or sulfa drugs.....
b) Anticoagulants (blood thinner).....
c) medicine for high blood pressure.....
d) Cortizone (steroids).....
e) Tranquilizers.....
f) Aspirin.....
g) Insulin, Tolbutamide (Orinase) or similar drug.....
h) Digitalis or drugs for heart trouble.....
i) Nitroglycerin.....
j) Amphetamines.....
k) Cocaine.....
l) Heroin.....
m) Barbiturates, sedatives or sleeping pills.....
n) Methadone.....
o) Other.....
- 15 Are you allergic or have you reacted adversely to:
a) Local Anesthetics.....
b) Penicillin or other antibiotic.....
c) Sulfa drugs.....
d) Barbiturates, sedatives or sleeping pills.....
e) Aspirin.....
f) Iodine.....
g) Other.....
- 16 Have you had any serious trouble associated with any previous dental treatment.....
If so, explain.....
- 17 Do you have any disease condition or problem not listed above that you think I should know about.....
If so, explain.....
- 18 Are you pregnant.....
- 19 Have you been pregnant in the last six months.....

- 10 Ha sangrado anormalmente cuando una extraccion dental, cirujia o trauma.
a) Se moretea facilmente
b) Ha requerido transfusion sanguinea
Si contesta si, explique.....
- 11 Tiene algun desorden sanguineo tal como anemia.
- 12 Ha tenido cirujia o rayos X para tratar algun tumor, crecimiento u otra enfermedad bucal o labial
- 13 Esta tomando alguna droga o medicina
Si es asi, que esta tomando.....
- 14 Esta toamndo alguno de los siguientes medicamentos:
a) Antibioticos o sulfas.
b) Anticoagulantes (adelgazador sanguineo)
c) medicamentos contra la alta presion
d) Cortizona (esteroides)
e) Tranquilizantes.
f) Aspirina
g) Insulina, Tolbutamida (Orinase) o drogas similares
h) Digitales o medicamentos para enfermedades cardiacas
i) Nitroglicerina
j) Amfetaminas
k) Cocaina
l) Heroina
m) Barbituricos, sedantes o pastillas para dormir
n) Methadone
o) Otros medicamentos.....
- 15 Es usted alergico o de reaccion adversa a los siguientes tratamientos:
a) Anestesia local
b) Penicilina o otros antibioticos.
c) Drogas con Sulfa
d) Barbituricos, sedantes o pastillas para dormir
e) Aspirina
f) Yodo
g) Alguna otra.....
- 16 Ha tenido algun problema despues de haber tenido un tratamiento dental
Si es asi, explique.....
- 17 Tiene usted alguna enfermedad o condicion fisica o algun problema no enumerado anteriormente y que usted crea que yo deba saber
Si es asi, explique.....
- 18 Esta usted en cinta
- 19 Ha estado usted en cinta durante los ultimos 6 meses

I have fill out this Health Questionnaire completely. I have advised you of all medical problems of which I am aware.

He contestado este Cuestionario de Salud completamente. He dado a conocer todos los los trastornos de los que tengo conocimiento.

signature of patient _____ Date _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

If minor, signature of parent or guardian _____ Date _____

Si es menor firma de padre o guardian _____ Fecha _____

This is to certify that I, the undersigned, consent to the performing of X-rays, examination and whatever dental treatment may be agreed upon to be necessary or advisable.

Esto certifica que yo, el que firma, presto mi concentimiento para que hagan el uso de rayos X, examinacion o cualquier tratamiento dental que sea de acuerdo o aconsejado.

signature of patient _____ Date _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

If minor, signature of parent or guardian _____ Date _____

Si es menor firma de padre o guardian _____ Fecha _____

I hereby certify that I have reviewed the treatment plan and the fees to be charged and understand that I am financially responsible for the charges not covered by or paid for by my insurance plan for whatever reason.

Yo certifico que he recibido tratamiento dental. Y que soy responsable de pagar lo que me corresponde; en caso que mi aseguranza no pague yo tendre que pagar el total de mi tratamiento.

DO NOT SIGN THE FOLLOWING UNTIL YOU HAVE DISCUSSED YOUR TREATMENT WITH THE DENTIST.

NO FIRME LO QUE SIGUE A MENOS QUE HAYA DISCUTIDO SU TRATAMIENTO CON EL DENTISTA.

I hereby consent to the administration of anesthesia and the oral surgery deemed advisable by Dr. _____

Por medio de la presenter doy el consentimiento para que se me aplique la anestesia y se haga la operacion bucal que considere necesaria el Dr. _____

or a qualified member of his staff. I been notified of all risk involved in oral surgery and anesthesia, including blood loss, infection and cardiac arrest. I will not drink or eat anything during the eight hours preceding my appointment. I will bring someone to drive or escort me home following surgery. I am aware that drowsiness is increased by the use of alcohol, drugs, or other medications and the use of such before or after surgery is dangerous.

o algun miembro capacitado de su personal. Se me ha informado de todos los riesgos realcionados a la cirujia y la anestesia bucal, incluyendo lo que respecta a la perdida de sangre, a las infecciones y a ataques cardiacos. Yo no tomare o comere nada desde ocho horas antes de mi cita. Yo traere alguien para que maneje o me lleve a casa despues de la operacion. Estoy tambien al tanto de que al tomar bebidas alcoholicas, drogas u otros medicamentos aumenta el mareo y que el ingerir tales substancias antes o despues de la operacion es peligroso

signature of patient _____ Date _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Signature of Doctor _____ Date _____

Firma del Doctor _____ Fecha _____