Date_____

MEDICAL HISTORY FORM

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 ☐ Skelif ☐ 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: ☐ **NONE**

☐ Heart Disease ☐ Anemia ☐ Nervousness ☐ HIV + AIDS
☐ Heart Murmur ☐ Kidney Trouble ☐ Thyroid Disease ☐ Hepatitis
☐ High Blood Pressure ☐ Bone Loss ☐ Chemo: (Cancer, Leukemia) ☐ Hemophilia
☐ Blood Disease ☐ Epilepsy or Seizures ☐ Arthritis ☐ Sickle Cell Disease
☐ Rheumatic Fever ☐ Ulcers ☐ Rheumatism ☐ Bruise Easily
☐ Venereal Disease ☐ Emphysema ☐ Cortisone Medicine ☐ Pain in Jaw Joint
☐ Heart Pacemaker ☐ Tuberculosis ☐ Joint Replacement ☐ Diabetes
☐ Asthma ☐ Scarlet Fever ☐ Hay Fever ☐ Glaucoma

Please mark any of the following medical allergies: ☐ **NONE**

☐ Local Anesthetics ☐ Penicillin ☐ Codeine or other narcotics ☐ Fen-Phen
☐ Aspirin ☐ Other antibiotic: ☐ Barbiturates or sedatives ☐ Other: _____
☐ Iodine ☐ Sulfa Drugs ☐ Latex ☐ Other: _____

To the best of my knowledge, all of the preceding answers are true and correct. If I ever have any change in myhealth, 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

Fecha_____

HISTORIAL MEDICO

Información Del Paciente:

Nombre Del Paciente:_____
Apellido Nombre Inicial

Dirección: _____
Dirección Cuidad Estado Código Postal

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: _____
Apellido Nombre Inicial

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 dientessensibles? ☐**Si** ☐ **No**
¿Tiene dientes descolorados que le molestan? ☐**Si** ☐**No**
En caso afirmativo, ¿a qué? ☐**Dulces** ☐**Caliente** ☐**Fría** ☐**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 estástomando 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 debamossaber 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
☐ Reemplazo de Articulaciones ☐ Marcapasos del Corazón ☐ Asma ☐ La Cortisona Medicina
☐ Hepatitis ☐ Diabetes ☐ Fiebre de heno ☐ Glaucoma
☐ Escarlatina ☐ VIH + SIDA ☐ Anemia ☐ Nerviosismo

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, todaslas respuestas anterioresson 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