

BRAZOS DENTAL GROUP: PATIENT HEALTH HISTORY FORM/HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

Today's Date (Fecha de hoy): M _____ D _____ Y _____ Chart # _____

Last Name (Apellido) _____ First Name (Primer Nombre) _____ Middle Initial (Inicial) _____

M _____ D _____ Y _____ M F _____ - _____ - _____
Date of Birth (Fecha de Nacimiento) Sex (Sexo) SSN (Seguro Social)

Address (Dirección) _____ Zip Code (Código Postal) _____

Phone/Cellular (Teléfono/Celular) _____ Work Phone (Teléfono del Trabajo) _____ E-mail (Correo Electrónico) _____

Place of Employment (Lugar de Empleo) _____ Driver's License (Número de Licencia) _____

Subscriber's Name (Nombre del Asegurado) _____ Subscriber's Employer (Empleador del Asegurado) _____

M _____ D _____ Y _____ - _____ - _____
Subscriber's Date of Birth and SSN (Fecha de Nacimiento y Seguro Social del Asegurado)

Emergency Contact Name _____ and _____ Phone (Nombre de Contacto y Teléfono en Caso de Emergencia) _____

Name of Physician (Nombre de su Médico) _____ Physician's Phone (Teléfono de su Médico) _____

MEDICAL HISTORY/HISTORIAL MÉDICO: Have you ever been treated for the following (please check all that apply)? Ha estado bajo tratamiento por las siguientes condiciones (por favor marque lo que aplique)?

- Heart Problems (Problemas del Corazón) Stroke (Derrame Cerebral) Seizures/Epilepsy (Convulsiones)
- High Blood Pressure (Presión Sanguínea Alta) Pacemaker (Marcapaso) Tuberculosis
- Prolonged Bleeding (Sangrado Prolongado) Hepatitis (Hepatitis) Leukemia (Leucemia)
- Rheumatic Fever (Fiebre Reumática) HIV/AIDS (Sida) Diabetes (Diabetes)
- Artificial Valves (Válvulas Artificiales) Kidney Disease (Enfermedad de los Riñones)

Other (Otro) _____

Are you allergic to? (Es usted alérgico a?)

- Local anesthetics (Anestesia Local) Aspirin (Aspirina) Penicillin (Penicilina) Latex (Látex) Codeine (Codeína)

Other (Otro) _____

Are you pregnant? (Está embarazada?) No (No) Yes (Si) Months (Meses) _____

Are you taking any blood thinners such as Aspirin, Plavix, Coumadin, or Heparin? (Esta usted tomando medicinas anti-coagulantes como Aspirina, Plavix, Coumadin, o Heparin?) Yes (Si) No (No)

List all current medications (Liste las medicinas que está tomando actualmente): _____

Is there anything of importance in your medical history that has not been asked? (Hay algo que quisiera añadir que no se ha preguntado sobre su historial médico?) _____

DENTAL HEALTH/SALUD DENTAL

Reason for your visit (Razón de su visita) _____

When was your last dental exam (Cuándo fue su último examen dental)? _____

Have you ever had any serious complications associated with a previous dental treatment? Explain. (Ha tenido algún problema serio relacionado a algún tratamiento dental previo? Explique.) _____

How often do you brush/floss? (Con qué frecuencia se cepilla/ hilo dental)? _____

Do your gums bleed when (Sangran sus encías al) Brushing (Cepillarse) Flossing (Pasar el hilo dental)

Do you clench or grind your jaw? (Tiende a apretar o rechinar sus dientes?) Yes (Si) No (No)

To the best of my knowledge all the preceding answers are true and correct. If I ever have any changes in my health or if any medicines change, I will inform my dentist at the next appointment.

(A mi mejor conocimiento todas las anteriores respuestas son ciertas y correctas. Si en algún momento yo tengo algún cambio en mi salud o en las medicinas que yo tomo, yo le informare a mi dentista en la proxima cita.)

Signature of (Firma del) Patient(e)/Guardián M _____ D _____ Y _____ Date (Fecha) _____ Doctor's Signature _____