



NAME _____

CHART # _____

DOB _____

DATE _____

DENTAL HEALTH HISTORY PART I

Date of last visit to a Dentist _____

Have you ever had difficulties associated with dental treatment? Yes _____ No _____

Have you been hospitalized in the last three years? Yes _____ No _____

If so, list date and reason: _____

Date of last physical examination _____

Are you presently under the care of a physician? Yes _____ No _____

Are you taking any medications? Yes _____ No _____

Medications:

How often do you take the medications?

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

*List any additional medications on the back

Are you allergic to: Dental Anesthetics Yes _____ No _____

Penicillin or other Antibiotics Yes _____ No _____

Aspirin Yes _____ No _____

Other Drugs (List) _____

Do you smoke or chew Tobacco? Yes _____ No _____

Are you on blood thinners and/or aspirin? Yes _____ No _____

Have you been tested for HIV/AIDS? Yes _____ No _____

If yes, would you like the test redone? Yes _____ No _____

If no, would you like to be tested? Yes _____ No _____



NOMBRE _____

EXPEDIENTE # _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

FECHA _____

Historia Sobre Su Salud Dental Parte I

Fecha de su ultima visita al dentista _____

Alguna vez ha tenido dificultad asociada con tratamiento dental? Si _____ No _____

Ha estado usted hospitalizado en los ultimos tres anos? Si _____ No _____

Si es asi, liste fecha y motivo: _____

Fecha de su ultimo examen fisico _____

Está usted bajo los cuidados de un medico? Si _____ No _____

Está usted tomando algun medicamento? Si _____ No _____

Medicamentos:

Que tan frecuente toma usted estos medicamentos?

*Liste algun otro medicamentos en la parte atras.

Es usted alérgicoa: Anestecia Dental Si _____ No _____

Penicilina u otro Antibiotico Si _____ No _____

Aspirina Si _____ No _____

Otros Medicamentos (Liste) _____

Fuma usted or mastica tabaco? Si _____ No _____

Esta usted tomando algun Anticoagulante y/o Aspirina? Si _____ No _____

Alguna vez le han hecho prueba del SIDA/VIH? Si _____ No _____

Si ya hizo, esta prueba, le gustaría hacerla otra vez? Si _____ No _____

Si no se ha hecho la prueba del SIDA/VIH, Le gustaria hacersela? Si _____ No _____