

Women:

Are you pregnant?

Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_



NAME \_\_\_\_\_  
 CHART # \_\_\_\_\_  
 DOB \_\_\_\_\_  
 DATE \_\_\_\_\_

**DENTAL HEALTH HISTORY PART II**

ILLNESS	YES	NO	ILLNESS	YES	NO
Rheumatic Fever or Rheumatic Heart Disease			Shortness of Breath		
Stroke or Circulative Problems			Arthritis		
Heart Valve Problems/Surgery			Artificial Joints/Artificial Heart Valves		
Angina (Chest Pain Upon Exertion)			Diabetes		
Heart Trouble/Congestive Heart Failure			Hepatitis		
Mitral Valve Prolapse			Swelling Ankles		
High Blood Pressure			Lupus		
Heart Murmur			Allergies		
Stomach Ulcers			Seizures/Epilepsy		
Gland Problems			AIDS/HIV Positive		
Kidney Problems/Renal Failure			Liver Disease		
Glaucoma			Tuberculosis		
Venereal Disease			Cancer or Tumors		
Fever Blisters or Cold Sores			Sinus Trouble		
Blood Disorders (i.e. Anemia, Prolonged Bleeding, Hemophilia, Leukemia)			Yellow Jaundice		
Fainting or Dizziness			Blood Transfusion in Past 5 years		
Pain or Noise in Jaw			Gout		
Thyroid Problems			Alcoholism		
Any Teeth Loose, Sensitive			Emotional Disorders		
Substance Abuse			Asthma/Emphysema		
Frequent Headaches			Sickle Cell Anemia		

INDICATE ANY DISEASE, CONDITION, OR PROBLEMS NOT LISTED ABOVE THAT YOU THINK THE DENTIST SHOULD KNOW ABOUT: \_\_\_\_\_

To the best of my knowledge, the provided medical and dental history is correct. I consent to such examinations, x-rays, and diagnostic procedures and tests that may be prescribed. In addition, I consent to the performing of the dental and oral surgery procedures agreed to be necessary or advisable, including the use of oral sedatives or local anesthetic and indicated photos, and releasing information to my insurance company.

\_\_\_\_\_  
Patient, Parent or Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Dentist Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Mujeres:

Está usted embarazada?

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_



NOMBRE \_\_\_\_\_

EXPEDIENTE # \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOBRE SU SALUD DENTAL PARTE II**

ENFERMEDADES	SI	NO	ENFERMEDADES	SI	NO
Fiebre Reumática o Enfermedad Reumática Cardíaca			Falta de Aliento (dificultad para respirar)		
Trombosis (derrame)/Problemas Circulatorio			Artritis		
Problema Con Valvulas Cardíaca/Cirugía			Articulaciones Artificiales/Valvulas Cardiacas Artificiales		
Angina de Pecho (dolor de Pecho al hacer algun esfuerzo)			Diabetes		
Problema Cardíaco/Insuficiencia o Fallo Cardíaco			Hepatitis		
Prolapso de la Valvula Mitral			Tobillos Inflamados		
Alta Presion			Lupus		
Soplo Cardíaco			Alergias		
Ulceras Estomacales			Convulsiones/Epilepcia		
Problemas con las Glandulas			SIDA/VIH Positivo		
Problemas con los Riñones/Insuficiencia Renal			Enfermedades del Hígado		
Glaucoma			Tuberculosis		
Enfermedades Venereas			Cancer ó Tumores		
Ampollas Febriles/Herpes Simple Labial			Problemas en Senos Nasales		
Problemas Sanguineo (Anemia, Sangrado Prolongado, Hemofilia, Leucemia)			Ictericia (bilirrubina)		
Desvanecimiento o Mareos			Transfusión de Sangre en los ultimos cinco años		
Dolor o ruido en la Mandibula			Gota		
Problema de la Tiroide			Alcoholismo		
Dientes Flojos, Sensibilidad			Problemas Emocionales		
Abuso de Drogas			Asma/Enfisema		
Dolores de Cabeza Frecuentes			Anemia Drepanocitica		

INDIQUE ALGUNA ENFERMEDAD CONDICION O PROBLEMA NO LISTADO ARRIBA: \_\_\_\_\_

A mi entender, la historia medica y dental provista es correcta. Yo autorizo examines tales como rayos x, procedimientos diagnosticado, y analisis que pueden ser indicados. Tambien autorizo realizar cirugia dental u oral si es necesario, incluyendo el uso de sedante oral o anestecia local, y fotos necesarias y el proveer inforamación a mi compañia de seguros.

\_\_\_\_\_  
Firma Del Paciente, Padre, O Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma Del Dentista

\_\_\_\_\_  
Fecha