

## GENERAL HEALTH INFORMATION CHART # \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

 PATIENT NAME: \_\_\_\_\_ BIRTH DATE: \_\_\_\_\_ AGE: \_\_\_\_\_  
LAST FIRST
**DENTAL HISTORY**

1. Reason for Visit / Main Concern? Check-Up  Cleaning  Toothache  Other \_\_\_\_\_
2. Are there other conditions of which we should be aware? YES  NO  If yes, please specify: \_\_\_\_\_
3. When did you last visit a dentist? \_\_\_\_\_
4. What treatment was performed? \_\_\_\_\_
5. Was the treatment completed? \_\_\_\_\_
6. When were dental x-rays taken? \_\_\_\_\_
7. Did you have a cleaning ? YES  NO
8. Have you had gum (periodontal) treatment? YES  NO
9. Have you ever had prolonged bleeding after an extraction? YES  NO  If yes, please specify: \_\_\_\_\_
10. Have you had any problems with past dental treatment? YES  NO  If yes, please specify: \_\_\_\_\_
11. Do you grind your teeth, clinch your jaws, or have symptoms near your ears such as clicking, popping, pain or locking open? YES  NO  If yes, please specify: \_\_\_\_\_
12. Have you ever been diagnosed or treated for TMD (Temporomandibular Joint Dysfunction) sometimes called TMJ? YES  NO  If yes, please specify: \_\_\_\_\_
13. Do your gums bleed easily? YES  NO
14. Do you feel you have bad breath? YES  NO
15. Are your teeth sensitive to hot or cold? YES  NO
16. Would you like your teeth whiter? YES  NO
17. Are you happy with your smile? YES  NO  If no, please explain: \_\_\_\_\_

**MEDICAL HISTORY**

1. Are you under a Doctor's care at this time? YES  NO  If yes, please specify: \_\_\_\_\_ Dr. Name: \_\_\_\_\_  
Dr. Phone: ( ) \_\_\_\_\_
2. Are you allergic to penicillin, codeine, local anesthetics, tranquilizers or any other drugs or medicine? \_\_\_\_\_
3. Are you taking any medications at this time, including birth control? YES  NO  If yes, please specify: \_\_\_\_\_
4. (Women) Are you pregnant now? YES  NO  If yes, how many months? \_\_\_\_\_ Are you nursing? YES  NO
5. Are there any other health problems of which we should be advised? Please specify: \_\_\_\_\_
6. Do you have, or have you had, any of the following?

Please check "YES" or "NO"	Doctor Comments	Please check "YES" or "NO"	Doctor Comments
ARTIFICIAL HEART VALVE YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	HEPATITIS YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
AIDS/HIV+ YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	HIGH BL. PRESSURE YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
ANEMIA YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	JAUNDICE YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
ANGINA YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	JOINT REPLACEMENT YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
ARTHRITIS YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	KIDNEY DISEASE YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
ASTHMA YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	LATEX ALLERGY YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
BISPHOSPHONATE THERAPY YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	LIVER PROBLEMS YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
BLEEDING PROBLEMS YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	LOW BL. PRESSURE YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
CANCER YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	LUNG DISEASE YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
CHEMO/RAD THERAPY YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	PACEMAKER YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
COSMETIC SURGERY YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	PSYCHIATRIC CARE YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
DIABETES YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	RHEUMATIC FEVER YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
DIZZY SPELLS YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	SINUS TROUBLE YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
DRUG ADDICTION YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	SLEEP APNEA YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
EMPHYSEMA YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	TOBACCO YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
EPILEPSY YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	STROKE YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
FAINTING YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	THYROID PROBLEMS YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
GLAUCOMA YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	TMD OR TMJ YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
HEART ATTACK/SURGERY YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	TUBERCULOSIS YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
HEART MURMUR/PROBLEMS YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	VENEREAL DISEASE YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____

*To the best of my knowledge, I have answered every question completely and accurately. I will inform my dentist of any change in my health and/or medication. I further certify that I consent to taking x-rays and an oral examination.*

 Patient's signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
(Parent if Patient is a Minor) Doctor Signature \_\_\_\_\_
**MEDICAL UPDATE:**

1. Patient's signature \_\_\_\_\_ Doctor's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_
2. Patient's signature \_\_\_\_\_ Doctor's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_
3. Patient's signature \_\_\_\_\_ Doctor's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD GENERAL N.º DE REGISTRO \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ APELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA DE NAC.: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

### HISTORIA CLÍNICA DENTAL

1. **Razón de la visita/Problema principal** Control  Limpieza  Dolor de muelas  Otro \_\_\_\_\_
2. ¿Padece de alguna otra afección sobre la cual debemos saber?  SÍ  NO  Si es sí, especifique: \_\_\_\_\_
3. ¿Cuándo fue por última vez a un dentista? \_\_\_\_\_ 4. ¿Qué tratamiento le realizó? \_\_\_\_\_
5. ¿Terminó el tratamiento? \_\_\_\_\_ 6. ¿Cuándo se realizó una radiografía? \_\_\_\_\_
7. ¿Se hizo una limpieza?  SÍ  NO  8. ¿Se ha realizado un tratamiento para las encías (periodontal)?  SÍ  NO
9. ¿Ha tenido alguna vez una hemorragia prolongada después de una extracción?  SÍ  NO  Si es sí, especifique: \_\_\_\_\_
10. ¿Ha tenido algún problema con tratamientos dentales previos?  SÍ  NO  Si es sí, especifique: \_\_\_\_\_
11. ¿Le rechinan los dientes, aprieta mucho los maxilares o tiene síntomas cerca de los oídos como "clicks", sensación de que se le destapa el oído, dolor o sensación de que no puede cerrar la mandíbula?  SÍ  NO  Si es sí, especifique: \_\_\_\_\_
12. ¿Le han diagnosticado alguna vez o lo han tratado por disfunción de la articulación temporomaxilar (TMD o TMJ)?  SÍ  NO  Si es sí, especifique: \_\_\_\_\_
13. ¿Le sangran fácilmente las encías?  SÍ  NO  14. ¿Siente que tiene mal aliento?  SÍ  NO
15. ¿Sus dientes son sensibles al calor o al frío?  SÍ  NO  16. ¿Le gustaría tener dientes más blancos?  SÍ  NO
17. ¿Le agrada su sonrisa?  SÍ  NO  Si es no, explique: \_\_\_\_\_

### HISTORIA CLÍNICA

1. ¿Está recibiendo atención médica en este momento?  SÍ  NO  Si es sí, especifique: \_\_\_\_\_  
Nombre del médico: \_\_\_\_\_ Tel. del médico: ( ) \_\_\_\_\_
2. ¿Es alérgico a la penicilina, la codeína, los anestésicos locales, los tranquilizantes o algún otro medicamento? \_\_\_\_\_
3. ¿Está tomando algún medicamento en este momento (incluidos anticonceptivos)?  SÍ  NO  Si es sí, especifique: \_\_\_\_\_
4. (Mujeres) ¿Está embarazada?  SÍ  NO  Si es sí, especifique de cuántos meses: \_\_\_\_\_ ¿Está amamantando?  SÍ  NO
5. ¿Padece algún otro problema de salud que deberíamos tener en cuenta? Especifique: \_\_\_\_\_
6. ¿Tuvo o tiene alguna de las siguientes enfermedades?

Marque "SÍ" o "NO"	Coment. del médico	Marque "SÍ" o "NO"	Coment. del médico
VÁLVULA CARDÍACA ARTIFICIAL <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	HEPATITIS <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
SIDA/VIH+ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	PRESIÓN ARTERIAL ALTA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
ANEMIA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	ICTERICIA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
ANGINAS <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	REEMPLAZO DE ARTICULACIONES <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
ARTRITIS <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	ENFERMEDAD RENAL <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
ASMA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	ALERGIA AL LÁTEX <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
TERAPIA CON BISFOSFONATOS <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	PROBLEMAS HEPÁTICOS <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
HEMORRAGIAS <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	PRESIÓN ARTERIAL BAJA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
CÁNCER <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	ENFERMEDAD PULMONAR <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
QUIMIO/RADIOTERAPIA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	MARCAPASOS <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
CIRUGÍA ESTÉTICA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
DIABETES <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	FIEBRE REUMÁTICA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
MAREOS <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	PROBLEMAS EN SENOS NASALES <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
ADICCIÓN A DROGAS <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	LA APNEA DEL SUEÑO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
ENFISEMA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	TABAQUISMO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
EPILEPSIA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	DERRAME CEREBRAL <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
DESMAYOS <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	PROB. DE TIROIDES <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
GLAUCOMA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
ATAQUE/CIRUGÍA CARDÍACA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	TEMPOROMAXILAR <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
SOPLO/PROBLEMAS CARDÍACOS <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____	TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____
		ENFERMEDAD VENÉREA <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	_____

*He respondido todas las preguntas en su totalidad y con precisión, según mi leal saber y entender. Informaré a mi odontólogo de cualquier cambio en mi salud y/o medicación. Certifico también que doy consentimiento para realizarme radiografías y un examen oral.*

 Firma del paciente \_\_\_\_\_ (Padre/madre si el paciente es menor de edad) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Firma del médico \_\_\_\_\_

### ACTUALIZACIÓN MÉDICA:

1. Firma del paciente \_\_\_\_\_ Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_
2. Firma del paciente \_\_\_\_\_ Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_
3. Firma del paciente \_\_\_\_\_ Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

