

# Apple Valley Dental & Orthodontics

## HISTORICA CLINICA / MEDICAL HISTORY

Aunque el personal de la clinica principalmente trata el area dentro y alrededor de su boca, su boca es parte del cuerpo. Los problemas de salud que usted pueda tener, o medicamentos que esten tomados, tienen una relacion muy importante con el tratamiento dental que estara recibiendo. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

**Although dental personnel primarily treat the area in and around your mouth, your mouth is a part of your entire body. Health problems that you may have, or medication that you may be taking, could have an important interrelationship with the dentistry you will receive. Thank you for answering the following questions.**

Medico de cabecera \_\_\_\_\_ Dentista anterior \_\_\_\_\_  
*Family Doctor Previous Dentist*

Última fecha que fue al dentista \_\_\_\_\_ Problemas con su tratamiento dental en el pasado? \_\_\_\_\_  
*Time Passed Since Last Visit Problems with Dental Treatment in the past?*

Edad \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_  
*Age Height Weight*

Esta tomando medicinas, pastillas o drogas?  Sí/Yes  No/No Si su respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_  
*Are you taking any prescriptions, medicines, or street drugs? If yes, please explain:*

Esta usted actualmente bajo atención médica?  Sí/Yes  No/No Si su respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_  
*Are you under a physician's care now? If yes, please explain:*

Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido alguna operacion?  Sí/Yes  No/No Si su respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_  
*Have you ever been hospitalized or had a major operation? If yes, please explain:*

Ha tenido alguna lesion grave del cuello o cabeza?  Sí/Yes  No/No Si su respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_  
*Have you ever had a serious head or neck injury? If yes, please explain:*

Mastica tabaco o fuma?  Sí/Yes  No/No Si su respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_  
*Do you use tobacco? If yes, please explain:*

Toma sustancias controladas?  Sí/Yes  No/No Si su respuesta es sí, por favor explique: \_\_\_\_\_  
*Do you use controlled substances? If yes, please explain:*

Mujeres: Está usted embarazada/tratando de embarazarse?  Sí/Yes  No/No

*Women: Are you Pregnant / Trying to get pregnant?*

Tomando pastillas anticonceptivas?  Sí/Yes  No/No Lactando?  Sí/Yes  No/No

*Taking oral contraceptives? Nursing?*

(NOTA: El uso de los antibióticos puede alterar la eficacia de las pastillas anticonceptivas / *Note: Antibiotics may alter the effectiveness of birth control*)

Es alérgico a algo de lo siguiente?  No  Aspirina  Penicilina  Codeína  Acrílico  Metal  Latex  Anestesia Local  
*Are you allergic to any of the following? Aspirin Penicillin Codeine Acrylic Metal Latex Local Anesthetics*

Es alérgico a otros medicamentos o sustancias? \_\_\_\_\_  
*Are you allergic to any other medications or substances?*

	Si/Yes	No/No		Si/Yes	No/No		Si/Yes	No/No		Si/Yes	No/No
Sida <i>AIDS/HIV Disease</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diabetes <i>Diabetes</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis A <i>Hepatitis A</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Reumatismo <i>Rheumatism</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad de Alzheimer <i>Alzheimer's Disease</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dependencia de drogas <i>Drug Addiction</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hepatitis B o C <i>Hepatitis B or C</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fiebre escarlatina <i>Scarlet Fever</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anafilaxia <i>Anaphylaxis</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Respira con dificultad <i>Easily Winded</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Alta Presión Sanguinea <i>High Blood Pressure</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zoster <i>Zoster</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anemia <i>Anemia</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfisema <i>Emphysema</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Colmenas o erupción <i>Hives or Rash</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad de Celulas Falciformes <i>Sickle Cell Disease</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angina de pecho <i>Angina</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Epilepsia o ataques <i>Epilepsy/Seizures</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hipoglucemia <i>Hypoglycemia</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problemas de sinus <i>Sinus Trouble</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artritis/Got <i>Arthritis/Gout</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sangrado excesivo <i>Excessive Bleeding</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Latidos irregulares <i>Irregular Heartbeat</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Espina Bífida <i>Spina Bifida</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valvula cardiaca artificial <i>Artificial Heart Valve</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Sed excesiva <i>Excessive Thirst</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problemas de los riñones <i>Kidney Problems</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad del estomago/ o intestino <i>Stomach/Intestinal Disease</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coyunturas artificiales <i>Artificial Joint</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mareos o vertigo <i>Fainting/Dizziness</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Leukemia <i>Leukemia</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Apoplejia (Embolia) <i>Stroke</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asma <i>Asthma</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tos frecuente <i>Frequent Cough</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad del higado <i>Liver Disease</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Inflamación de las Presión arterial baja <i>Swelling of Limbs</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad de la Sangre <i>Blood Disease</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diarrea Frecuente <i>Frequent Diarrhea</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Presión arterial baja <i>Low Blood Pressure</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad de la tiroides <i>Thyroid Disease</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transfucion de sangre <i>Blood Transfusion</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dolores de cabeza frecuentes <i>Frequent Headaches</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad de los Pulmones <i>Lung Disease</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tonsillitis <i>Tonsillitis</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas de Respiración <i>Breathing Problem</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herpes Genital <i>Genital Herpes</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Prolapso de la valvula mitral <i>Mitral Valve Prolapse</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tuberculosis <i>Tuberculosis</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Facilmente se la hacen moretones <i>Bruise Easily</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Glaucoma <i>Glaucoma</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herpes Oral <i>Oral Herpes</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tumores o crecimiento <i>Tumors or Growths</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cancer <i>Cancer</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fiebre del heno <i>Hay Fever</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dolor de quijada <i>Pain in Jaw</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ulceras <i>Ulcers</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quimioterapia <i>Chemotherapy</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ataque al corazon/Infarto <i>Heart Attack/Failure</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad de la tiroides <i>Parathyroid Disease</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Enfermedad venereal <i>Venereal Disease</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dolor de pecho <i>Chest Pains</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Murmullo cardiaco <i>Heart Murmur</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tratamientos psiquiatricos <i>Psychiatric Care</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ictericia <i>Yellow Jaundice</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fuegos/Ampollas de Fiebre <i>Cold Sores/Fever Blisters</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Marcapaso cardiaco <i>Heart Pace Maker</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tratamiento de radiación <i>Radiation Treatments</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tratamiento de osteoporosis <i>TX for Osteoporosis</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transformo congénito del corazón <i>Congenital Heart Disorder</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Problemas de corazón/ Enfermedad del corazón <i>Heart Trouble/Disease</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pérdida de peso reciente <i>Recent Weight Loss</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Convulsiones <i>Convulsions</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Hemofilia <i>Hemofilia</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Diálisis Renal <i>Renal Dialysis</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
Tratamiento de cortisona <i>Cortisone Medicine</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				Fiebre reumatica <i>Rheumatic Fever</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			

Ha tenido alguna otra enfermedad severa no mencionada en las anteriores?  Sí  No Si su respuesta sí, explique:

*Have you ever had any serious illness not listed above?  Yes  No If yes, please explain:*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Comentarios: *Comments:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Las preguntas de esta forma han sido correctamente respondidas. Comprendo que el proveer información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la salud de otros pacientes.) Es mi responsabilidad informar al personal de la clínica de cualquier cambio de mi estatus médico.  
*To the best of my knowledge, the questions on this form have been accurately answered. I understand that providing incorrect information can be dangerous to my (or the patient's) health. It is my responsibility to inform the dental office of any changes in medical status.*

FIRMA DEL PACIENTE, PARIENTE O TUTOR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
*SIGNATURE OF PATIENT, PARENT, or GUARDIAN DATE*

Han habido cambios en su historia clínica desde su última visita?

*Have there been any changes in your health history since your last visit?*

Sí/Yes , comentarios/comments: \_\_\_\_\_

No Firma del paciente \_\_\_\_\_ Firma del Dentista \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
*Patient Signature Dentist Signature Date*

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
*Witness Date*

Sí/Yes , comentarios/comments: \_\_\_\_\_

No Firma del paciente \_\_\_\_\_ Firma del Dentista \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
*Patient Signature Dentist Signature Date*

Testigo \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
*Witness Date*