

# Patient Information Sheet

Chart # \_\_\_\_\_ Office Location \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## Patient Information

First Name: \_\_\_\_\_ Int. \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Home Address: \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
Work Phone Number: ( ) \_\_\_\_\_ Home Phone Number: ( ) \_\_\_\_\_  
DL # \_\_\_\_\_ Social Security #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sex: (M) (F)  
Employer: \_\_\_\_\_ Position: \_\_\_\_\_  
Employer Address: \_\_\_\_\_ Employer Phone #: ( ) \_\_\_\_\_  
In Case of Emergency, contact: (name) \_\_\_\_\_ Phone Number: ( ) \_\_\_\_\_

How do you intend to pay?  Cash  Credit  Insurance  Medi-Cal  Other \_\_\_\_\_

## Responsible Party

(Disregard if same as above)

First Name: \_\_\_\_\_ Int. \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Home Address: \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
Home Phone Number: ( ) \_\_\_\_\_  
DL # \_\_\_\_\_ Social Security #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sex: (M) (F)  
Employer: \_\_\_\_\_ Position: \_\_\_\_\_ How Long: \_\_\_\_\_  
Work Address: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
Work Phone Number: ( ) \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_ Department: \_\_\_\_\_

## Primary Insurance Information

Insured First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Insured Address: \_\_\_\_\_  
Patient's relationship to Insured (Circle): Self Spouse Child Parent Sex: (M) (F) Insured's Social Security Number: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Employer Name & Phone Number \_\_\_\_\_ Insurance Company: \_\_\_\_\_  
Insurance Co. Address: \_\_\_\_\_ Effective Date \_\_\_\_\_  
Group #: \_\_\_\_\_ Policy #: \_\_\_\_\_ Phone Number of Insurance Co.: ( ) \_\_\_\_\_  
Is policy connected with your Union?  Yes  No Name of Union \_\_\_\_\_ Local Union # \_\_\_\_\_

## Secondary Insurance Information

Insured First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Insured Address: \_\_\_\_\_  
Patient's relationship to Insured (Circle): Self Spouse Child Parent Sex: (M) (F) Insured's Social Security Number: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Employer Name & Phone Number \_\_\_\_\_ Insurance Company: \_\_\_\_\_  
Insurance Co. Address: \_\_\_\_\_ Effective Date \_\_\_\_\_  
Group #: \_\_\_\_\_ Policy #: \_\_\_\_\_ Phone Number of Insurance Co.: ( ) \_\_\_\_\_  
Is policy connected with your Union?  Yes  No Name of Union \_\_\_\_\_ Local Union # \_\_\_\_\_

## Personal References

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_ Int. \_\_\_\_\_  
Home Phone Number: ( ) \_\_\_\_\_ Home Address: \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_ Int. \_\_\_\_\_  
Home Phone Number: ( ) \_\_\_\_\_ Home Address: \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

I request that all dental benefits, if any, otherwise payable to me for services rendered to be paid to the provider of service. I understand that I am financially responsible for all charges if insurance proceeds are insufficient to cover my obligations and/or a procedure, I am liable for the shortfall. I authorize the provider of service to release all information necessary to secure the payment of benefits. I also consent to the examination and/or treatment of myself and all minor children listed by doctors, doctors' assistants and other medical personnel. Failure to provide complete information may result in my receiving a bill for services. I am aware that by signing below I certify that all information is complete and correct. This dental office, may verify this information from whichever sources it deems necessary (including, but not limited to, credit reports) and may provide others with information regarding my credit history (or the credit report) to the extent permitted by law. This is my authorization for this dental office, to verify credit history.

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient

\_\_\_\_\_  
Signature of Responsible Party

# Hoja de Información del Paciente

Cuadro # \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Información del Paciente

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Sexo: (M) (F)  
Dirección de la casa: \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la casa: ( ) \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_  
Número de Licencia o identificación: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_  
Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del Empleador: ( ) \_\_\_\_\_  
En caso de emergencia, contactar: (nombre) \_\_\_\_\_ Número de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

¿Cómo intenta pagar?  Efectivo  Crédito  Seguro  Medi-Cal  Otro \_\_\_\_\_

## Parte Responsable

(No llenar si es igual que arriba)

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Dirección de la casa: \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la casa: ( ) \_\_\_\_\_ Seguro Social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Número de Licencia o identificación: \_\_\_\_\_ Sexo: (M) (F) Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Posición: \_\_\_\_\_ Tiempo en este trabajo: \_\_\_\_\_  
Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono del trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

## Información del Seguro Primario

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Sexo: (M) (F)  
Relación del paciente con el asegurado (Circular): Yo Esposa (o) Hijo (a) Padres Seguro Social del asegurado: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Dirección de la casa del asegurado: \_\_\_\_\_  
Nombre y número de teléfono del empleador: \_\_\_\_\_ Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_  
Dirección de la compañía del seguro: \_\_\_\_\_ Vigente desde: \_\_\_\_\_  
Grupo #: \_\_\_\_\_ Póliza #: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de la compañía del seguro: ( ) \_\_\_\_\_  
¿La póliza está conectada con el sindicato?  SI  No Nombre del Sindicato \_\_\_\_\_ No. del Local del Sindicato \_\_\_\_\_

## Información del Seguro Secundario

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Sexo: (M) (F)  
Relación del paciente con el asegurado (Circular): Yo Esposa (o) Hijo (a) Padres Seguro Social del asegurado: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Dirección de la casa del asegurado: \_\_\_\_\_  
Nombre y número de teléfono del empleador: \_\_\_\_\_ Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_  
Dirección de la compañía del seguro: \_\_\_\_\_ Vigente desde: \_\_\_\_\_  
Grupo #: \_\_\_\_\_ Póliza #: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de la compañía del seguro: ( ) \_\_\_\_\_  
¿La póliza está conectada con el sindicato?  SI  No Nombre del Sindicato \_\_\_\_\_ No. del Local del Sindicato \_\_\_\_\_

## Referencias Personales

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la casa: ( ) \_\_\_\_\_ Dirección de la casa: \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
Número de teléfono de la casa: ( ) \_\_\_\_\_ Dirección de la casa: \_\_\_\_\_ Apt # \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Solicito que todos los beneficios dentales, si hubiere, en otras circunstancias pagaderos a mí por servicios prestados, sean pagados al proveedor del servicio. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos si la cobertura del seguro es insuficiente para cubrir mis obligaciones y/o un procedimiento. Soy responsable por la diferencia. Autorizo al proveedor del servicio a proporcionar toda información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. También consiento a la examinación y/o tratamiento de mi persona y todos los hijos(as) menores aquí listados por doctores, asistentes de doctores y otro personal médico. El no proveer información completa puede resultar en un cobro a mi persona por servicios. Estoy conciente de que al firmar abajo certifico que toda la información está completa y es correcta. Esta oficina dental, puede verificar esta información en cualquier fuente que considere necesario (incluyendo pero no limitándose a reportes de crédito) y puede proporcionar a otros información concerniente a mi historial crediticio (o el reporte de crédito) hasta el grado permitido por la ley. Esta es mi autorización extendida a esta oficina dental, para que verifiquen mi historial crediticio.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de la parte responsable

# HEALTH HISTORY / HISTORIA DE SALUD

DATE / FECHA \_\_\_\_\_

Facility \_\_\_\_\_ Chart # \_\_\_\_\_ (LABEL)

AGE / EDAD \_\_\_\_\_ SEX / SEXO M / F

Patient Name \_\_\_\_\_

HEIGHT / ESTATURA \_\_\_\_\_ WEIGHT / PESO LBS. \_\_\_\_\_

In case of an emergency, contact (person) \_\_\_\_\_ phone # ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, contactar a (persona) \_\_\_\_\_ Número de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## INSTRUCTIONS:

Answer all questions and fill in the blank spaces when indicated. Answers to the following questions are for our records only and will be kept confidential.

**INSTRUCCIONES:** Conteste todas las preguntas y llene los espacios en blanco cuando sea necesario. Las respuestas a nuestras preguntas son únicamente para nuestros archivos, y se consideran estrictamente confidenciales.

Why are you here today? \_\_\_\_\_

When was your last visit to a dental office? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

When were your last dental x-rays taken? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Are those x-rays available?  Yes  No

If YES please write down PRIOR DENTIST'S NAME and PHONE NUMBER:  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Porque está aquí ahora? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su última visita al dentista? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Cuándo le tomaron las últimas radiografías dentales? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Están disponible sus radiografías?  Si  No

Si es así, escriba el nombre del Dentista Anterior y el número de teléfono.  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**YES / SI**

**NO**

- Are you in poor health \_\_\_\_\_
- Has there been any change in your general health within the past year \_\_\_\_\_
- My last physical was on \_\_\_\_\_
- Are you currently under the care of a physician \_\_\_\_\_  
A. If so, what is the condition being treated \_\_\_\_\_
- The name and address of my physician is \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Have you had any serious illness or operation \_\_\_\_\_  
A. If so, what was the illness or operation \_\_\_\_\_
- Have you been hospitalized or had a serious illness within the past five years \_\_\_\_\_  
A. If so, what was the problem \_\_\_\_\_
- Do you have or have you had any of the following diseases or problems:  
A. Damaged heart valves or artificial heart valves \_\_\_\_\_  
B. Congenital heart lesions or murmurs \_\_\_\_\_  
C. Cardiovascular disease (heart trouble, heart attack, coronary insufficiency, coronary occlusion, high blood pressure, arteriosclerosis, stroke) \_\_\_\_\_  
1) Do you have pain in chest upon exertion \_\_\_\_\_  
2) Are you ever short of breath after mild exercise \_\_\_\_\_  
3) Do your ankles swell \_\_\_\_\_  
4) Do you get short of breath when you lie down, or do you require extra pillows when you sleep \_\_\_\_\_  
5) Do you have a cardiac pacemaker \_\_\_\_\_  
D. Sinus trouble \_\_\_\_\_  
E. Asthma \_\_\_\_\_  
F. Allergy \_\_\_\_\_  
G. Hives or skin rash \_\_\_\_\_  
H. Fainting spells or seizures \_\_\_\_\_  
I. Diabetes \_\_\_\_\_  
1) Do you urinate (pass water) more than 6 times a day \_\_\_\_\_  
2) Are you thirsty much of the time \_\_\_\_\_  
3) Does your mouth frequently become dry \_\_\_\_\_  
J. Hepatitis, jaundice or liver disease \_\_\_\_\_  
K. Arthritis \_\_\_\_\_  
L. Inflammatory rheumatism (painful, swollen joints) \_\_\_\_\_  
M. Stomach ulcers \_\_\_\_\_  
N. Kidney trouble \_\_\_\_\_  
O. Tuberculosis \_\_\_\_\_  
P. Do you have a persistent cough or cough up blood \_\_\_\_\_  
Q. Low blood pressure \_\_\_\_\_  
R. Venereal disease \_\_\_\_\_  
S. Do you have a prosthetic hip \_\_\_\_\_ joint prosthesis \_\_\_\_\_ implants \_\_\_\_\_ bone plates \_\_\_\_\_ or screws \_\_\_\_\_ other \_\_\_\_\_
- Have you had abnormal bleeding associated with previous extractions, surgery, or trauma \_\_\_\_\_  
A. Do you bruise easily \_\_\_\_\_

- Está mal de salud \_\_\_\_\_
- Ha cambiado su salud durante el último año \_\_\_\_\_
- Mi último examen médico fue en \_\_\_\_\_
- Está ahora bajo atención médica \_\_\_\_\_  
A. Si es así, que enfermedad se está curando \_\_\_\_\_
- El nombre y domicilio de mi médico es \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Ha tenido alguna operación o enfermedad seria \_\_\_\_\_  
A. Si es así, que operación o enfermedad \_\_\_\_\_
- Durante los últimos cinco (5) años ha sido hospitalizado ó ha tenido alguna enfermedad seria \_\_\_\_\_  
A. Si contesta afirmativamente explique \_\_\_\_\_
- Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades ó problemas:  
A. Válvulas dañadas ó válvulas artificiales del corazón \_\_\_\_\_  
B. Lesión cardíaca congénita \_\_\_\_\_  
C. Enfermedad cardiovascular (enfermedad del corazón, insuficiencia cardíaca, oclusión coronaria, presión arterial alta, arteriosclerosis, síncope) \_\_\_\_\_  
1) Tiene dolor en el pecho cuando hace algún esfuerzo \_\_\_\_\_  
2) Después de hacer algún ejercicio siente faltarle el aire \_\_\_\_\_  
3) Se le hinchan los tobillos \_\_\_\_\_  
4) Cuando se acuesta, siente que le falta aire para respirar ó necesita mas de 1 almohada para dormir \_\_\_\_\_  
5) Tiene marcapasos cardíaco \_\_\_\_\_  
D. Problema de senusitis \_\_\_\_\_  
E. Asma \_\_\_\_\_  
F. Alergia \_\_\_\_\_  
G. Ronchas ó sarpullido \_\_\_\_\_  
H. Desmayos y sudores ó ataques \_\_\_\_\_  
I. Diabetes \_\_\_\_\_  
1) Orina usted más de seis veces al día \_\_\_\_\_  
2) Tiene sed la mayoría del tiempo \_\_\_\_\_  
3) Se le reseca la boca frecuentemente \_\_\_\_\_  
J. Malestar bilioso, hepatitis o enfermedad del hígado \_\_\_\_\_  
K. Artritis \_\_\_\_\_  
L. Inflamación reumática (coyunturas inflamables con dolor) \_\_\_\_\_  
M. Ulceras estomacales \_\_\_\_\_  
N. Enfermedad del riñón \_\_\_\_\_  
O. Tuberculosis \_\_\_\_\_  
P. Tos persistente ó tose sangre \_\_\_\_\_  
Q. Baja presión sanguínea \_\_\_\_\_  
R. Enfermedades venéreas \_\_\_\_\_  
S. Tiene cadera \_\_\_\_\_ ó coyuntura prostética \_\_\_\_\_ implantes \_\_\_\_\_ placa de hueso \_\_\_\_\_ ó tornillos \_\_\_\_\_  
Si es así, explique \_\_\_\_\_
- Ha sangrado anormalmente, cuando se le realiza una extracción dental, cirugía ó trauma \_\_\_\_\_  
A. Se moretea su piel fácilmente \_\_\_\_\_

**B. Have you ever required a blood transfusion** .....  
 If so, explain the circumstances \_\_\_\_\_

**B. Ha requerido transfusión sanguínea** .....  
 Si contesta afirmativamente, explique \_\_\_\_\_

10. Do you have any blood disorder such as anemia .....  
 10. Tiene algún desorden sanguíneo tal como anemia

11. Have you had surgery or x-ray treatment for a tumor, growth, or other condition of your mouth or lips .....  
 11. Ha tenido cirugía ó rayos X para tratar algún tumor, crecimiento u otra enfermedad bucal ó labial

12. Are you taking any of the following: .....  
 If yes, indicate which.  
 A. Antibiotics or sulfa drugs \_\_\_\_\_  
 B. Anticoagulants (blood thinners) \_\_\_\_\_  
 C. Medicine for high blood pressure \_\_\_\_\_  
 D. Cortisone (steroids) \_\_\_\_\_  
 E. Tranquilizers \_\_\_\_\_ Antihistamine \_\_\_\_\_ Aspirin \_\_\_\_\_  
 F. Insulin, tolbutamide (orinase) or similar drug \_\_\_\_\_  
 G. Digitalis or drugs for heart trouble \_\_\_\_\_ Nitroglycerin \_\_\_\_\_  
 H. Oral contraceptive or other hormonal therapy \_\_\_\_\_  
 I. Other drug or medicine \_\_\_\_\_

12. Está tomando alguno de los siguientes medicamentos:  
 A. Sulfas ó antibióticos \_\_\_\_\_  
 B. Anticoagulantes (adelgazador sanguíneo) \_\_\_\_\_  
 C. Medicamento para la presión alta \_\_\_\_\_  
 D. Cortisona (esteroides) \_\_\_\_\_  
 E. Tranquilizantes \_\_\_\_\_ Antihistamínico \_\_\_\_\_ Aspirina \_\_\_\_\_  
 F. Insulina, tobutamida (orinase) ó drogas similares \_\_\_\_\_  
 G. Digitales ó medicamentos para enfermedades cardiacas \_\_\_\_\_ Nitroglicerina \_\_\_\_\_  
 H. Anticonceptivos orales u otra terapia hormonal \_\_\_\_\_  
 I. Otra droga ó medicina \_\_\_\_\_

13. Are you allergic or have you reacted adversely to any of the following: .....  
 Local anesthetics \_\_\_\_\_  
 Penicillin or other antibiotics \_\_\_\_\_  
 Sulfa drugs \_\_\_\_\_  
 Barbiturates, sedatives or sleeping pills \_\_\_\_\_  
 Aspirin \_\_\_\_\_ Iodine \_\_\_\_\_ Codeine or other narcotics \_\_\_\_\_  
 Are you allergic to latex or rubber products .....  
 Other allergies \_\_\_\_\_

13. Es usted alérgico ó ha reaccionado adversamente a los siguientes medicamentos:  
 Anestesia local \_\_\_\_\_ Antibióticos o penicilina \_\_\_\_\_  
 Drogas con sulfas \_\_\_\_\_  
 Barbitúricos, sedantes ó pastillas para dormir \_\_\_\_\_  
 Aspirina \_\_\_\_\_ Yodo \_\_\_\_\_ Codeína u otros narcóticos \_\_\_\_\_  
 Es usted alérgico al latex ó productos de hule \_\_\_\_\_  
 Alguna otra \_\_\_\_\_

14. Have you taken the diet medication Redux® (Fen-Phen)? .....  
 14. Ha tomado usted el medicamento Redux® (Fen-Phen) para su dieta.

15. Do you have any disease, condition, or problem not listed above that you think I should know about .....  
 15. Tiene usted alguna enfermedad condición física ó algún problema no enumerado anteriormente que usted crea que yo deba saber

16. Are you employed in any situation which exposes you regularly to x-rays or other ionizing radiation .....  
 16. Está trabajando ó está en una situación donde está expuesto regularmente a radiografías ó alguna otra forma de radiación

17. Are you wearing contact lenses .....  
 17. Usa lentes de contacto

18. Have you ever had any of the following conditions  
 Herpes \_\_\_\_\_ Hepatitis \_\_\_\_\_ Tuberculosis \_\_\_\_\_ HIV / AIDS \_\_\_\_\_  
 18. Ha tenido alguna de las condiciones siguientes:  
 Herpes \_\_\_\_\_ Hepatitis \_\_\_\_\_ Tuberculosis \_\_\_\_\_ HIV / SIDA \_\_\_\_\_

19. Are you pregnant .....  
 19. Está usted embarazada

20. Do you have any problems associated with your menstrual period .....  
 20. Tiene algún problema asociado con su período menstrual

21. Are you nursing .....  
 21. Está dando pecho (amamantando)

22. Have you had any serious trouble associated with any previous dental treatment .....  
 If so, explain \_\_\_\_\_  
 22. Ha tenido problemas serios asociados con tratamiento dental.  
 Si contesta afirmativamente, explique. \_\_\_\_\_

23. How often do you brush your teeth? \_\_\_\_\_ When? \_\_\_\_\_  
 23. Que tan seguido se cepilla los dientes \_\_\_\_\_ Cuando \_\_\_\_\_

24. Do you use dental floss .....  
 24. Usa hilo dental

25. Do your gums bleed or hurt? .....  
 How often? \_\_\_\_\_  
 25. Le sangran ó le duelen sus encías  
 Que tan seguido \_\_\_\_\_

26. Are any of your teeth sensitive to: Hot \_\_\_\_\_ Cold \_\_\_\_\_  
 Sweets \_\_\_\_\_ Pressure \_\_\_\_\_  
 26. Son su dientes sensibles a: Caliente \_\_\_\_\_ Frío \_\_\_\_\_  
 Dulce \_\_\_\_\_ Presión \_\_\_\_\_

27. Does food get caught in your teeth? .....  
 27. Retiene comida en sus dientes

28. Do you have frequent headaches \_\_\_\_\_ neck aches \_\_\_\_\_  
 or shoulder aches? .....  
 28. Tiene dolores de cabeza \_\_\_\_\_ cuello \_\_\_\_\_  
 u hombro frecuentemente \_\_\_\_\_

29. Do you clench or grind your teeth? .....  
 29. Aprieta ó rechina sus dientes

30. Have you experienced any pain or soreness in the muscles of your face or around your ear? .....  
 30. Ha tenido algun dolor en los músculos de la cara o alrededor de los oídos

31. Does your jaw click or pop? .....  
 31. Suena ó cruje su quijada

FOLLOW UP to Medical History by DENTIST ONLY \_\_\_\_\_

I hereby certify that I have read the foregoing and have filled out this health questionnaire completely. I have advised you of all medical problems of which I am aware. I further certify that I, the undersigned, consent to the performing of x-rays and examination.

Por la presente certifico que he leído y completado el cuestionario de salud totalmente. He dado a conocer los trastornos de los que tengo conocimiento. El suscrito certifica y da su consentimiento para que se realicen los rayos X y el examen necesario.

SIGNATURE OF PATIENT or Guardian if patient is a minor  
 FIRMA DEL PACIENTE ó del tutor legal (si el paciente es menor de edad) X \_\_\_\_\_ DATE (Fecha) \_\_\_\_\_

SIGNATURE OF DENTIST (FIRMA DEL DENTISTA) X \_\_\_\_\_ DATE (Fecha) \_\_\_\_\_

UPDATE	DATE	COMMENTS	DR. SIGNATURE	EMPLOYEE #	PATIENT SIGNATURE
--------	------	----------	---------------	------------	-------------------