

MEDICAL HISTORY FORM

Date _____

PATIENT INFORMATION

Patient's Name: _____
Last First Middle Initial

Address: _____
Address City State Zip Code

Email Address: _____ SSN: _____ - _____ - _____ Date of Birth: _____ / _____ / _____ Age: _____

Sex: M F Home No: (_____) _____ Alt. No: (_____) _____

PARENT/GUARDIAN INSURANCE INFORMATION

Relationship to Patient: _____ SELF

Name: _____
Last First Middle Initial

SSN: _____ - _____ - _____ Insurance No.: _____ Driver License No.: _____

Date of Birth: _____ / _____ / _____ Insurance Telephone No.: (_____) _____ Group No.: _____

Employer: _____ Address: _____

Home No: (_____) _____ Alt. No: (_____) _____

Name and Number of nearest relative not living with you: _____

HOW DID YOU HEAR ABOUT US? PLEASE MARK BELOW

- Yellow Pages Friend / Relative Flyers / Mail Bill Board Insurance / Employer Internet _____
- Sign THMP-Medicaid Health Fairs / Screenings Employee Other (Specify) _____

Reason for today's dental visit: _____ Date of last dental visit: _____

MARK APPROPRIATE ANSWER (leave blank if you do not understand the question)

Yes No

- Have you ever had an experience in a dental office that you would like to tell us about?
Please explain if yes: _____
- Are you nervous about dental treatment?
- Do your gums bleed, feel tender or irritated?
- Are you unhappy with appearance of your teeth?
- Are your teeth sensitive? *If yes, to what?* Sweets Hot Cold Pressure
- Do you have discolored teeth that bother you?
- Are you now seeing a physician? *The name & telephone number of your physician(s)* _____
If so, what is the condition being treated? _____
- Are you taking any medications? *If yes, please list:* _____
- Have you or are you currently taking Aspirin?
- If female, are you or do you suspect to be pregnant? No. Months: _____
- Have you or are you currently taking oral Bisphosphates? Actonel Boniva Fosamax Skelif Didrone Other _____
- Have you had any joint replacements? *If yes, when?* _____
- Is there anything else we should know about your health that was not covered on this form?
If yes, Please explain: _____

DO YOU HAVE OR HAVE YOU HAD

- | Yes | No | Yes | No | Yes | No | Yes | No | | | | |
|--------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Heart Disease | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Anemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nervousness | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | HIV or AIDS |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Heart Murmur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kidney Trouble | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Thyroid Disease | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | High Blood Pressure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bone Loss | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Chemo: (Cancer, Leukemia) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hemophilia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Blood Disease | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Epilepsy or Seizures | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Arthritis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sickle Cell Disease |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rheumatic Fever | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ulcers | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rheumatism | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bruise Easily |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Venereal Disease | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Emphysema | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cortisone Medicine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pain in Jaw Joint |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Heart Pacemaker | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Joint Replacement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asthma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Scarlet Fever | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hay Fever | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Glaucoma |

DO YOU HAVE ALLERGIES TO ANY OF THE FOLLOWING

- | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Local Anesthetics | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Penicillin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Codeine or other narcotics | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Other antibiotic: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Aspirin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Fen-Phen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Barbiturates or sedatives | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Iodine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sulfa Drugs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Latex | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Other: _____ |

To the best of my knowledge, all of the preceding answers are true and correct. If I ever have any change in my health, or if any medicines change, I will inform my dentist at the next appointment.

Signature of Patient/Parent/Guardian

FOR COMPLETION BY DENTIST

Date	Comments	Signature of patient and dentist
_____	_____	_____
_____	_____	_____

HISTORIAL MEDICO

Fecha _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre Del Paciente: _____
Apellido Nombre InicialDirección: _____
Dirección Ciudad Estado Código Postal

Correo Electrónico: _____ No. Seguro Social: _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad: _____

Sexo: M F Teléfono de Casa: (_____) _____ - _____ Celular: (_____) _____ - _____ No. Alt: (_____) _____ - _____**INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIÁN:** *Relación al Paciente:* _____ o Si MismoNombre: _____
Apellido Nombre Inicial

No. Seguro Social: _____ - _____ - _____ No Seguro Dental: _____ No. Licencia: _____

Fecha De Nacimiento: _____ / _____ / _____ Teléfono de Seguro Dental: (_____) _____ - _____ Group No.: _____

Empleador: _____ Dirección: _____

Teléfono de Casa: (_____) _____ - _____ Celular: (_____) _____ - _____ Trabajo: (_____) _____ - _____

Nombre y teléfono de un pariente que no viva con usted: _____

COMO ESCUCHO DE NUESTRA OFICINA?

- Páginas Amarillas Amigo / Paciente Anuncio/Correo Cartelera Internet _____
- Letrero THMP-Medicaid Feria de Salud Otro (Especifique) _____
- Empleado de Nosotros: Seguro Dental/ Empleador Comercial de TV. Cual?

Razón de su visita hoy: _____ Fecha de su última visita dental: _____

POR FAVOR MARQUE SU REPUESTA (no responda a la pregunta si no entiende)

Si No Ha tenido alguna vez una situación que no le gusto en una oficina dental que nos quiera decir?
Si es así, favor de explicar: _____ ¿Estás nervioso por el tratamiento dental? ¿Le sangran las encías, están sensibles o irritadas? ¿Está satisfecho con la apariencia de sus dientes? ¿Sus dientes estan sensibles? Si es asi ¿a que? Dulces Caliente Frío Presión ¿Tiene dientes descoloridos que le molestan? ¿Estás viendo a un médico? *El nombre y número de teléfono de su médico(s)* _____*Si es así, ¿cuál es la enfermedad que padece?* _____ ¿Está tomando algún medicamento? Si es así, indique cuales: _____ ¿Ha tomado o estás tomando aspirina? ¿Si es mujer, usted esta o se sospecha que está embarazada? Cuantos Meses: _____ ¿Usted a tomado o está tomando actualmente Bisfosfonates orales? Actonel Boniva Fosamax Skelif Didrone Otro ¿Ha tenido algún reemplazo de articulaciones? Si es así, ¿cuándo? _____ ¿Hay algo más que debemos saber sobre su salud que no esté previsto en este formulario?*Si es así, por favor explique:* _____

USTED HA TENIDO O TIENE EN LA ACTUALIDAD

- | Si No | Si No | Si No | Si No |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> La pérdida de hueso | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Quimioterapia: (Cáncer,leucemia) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Contusión fácilmente en la piel | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Úlceras |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfisema |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reumatismo | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dolor en la articulación de la mandíbula | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Reemplazo de Articulaciones | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Marcapasos del Corazón | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> La Cortisona Medicina | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre de heno |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Glaucoma | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Escarlatina | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VIH + SIDA | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nerviosismo | | | |

POR FAVOR MARQUE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES ELEMENTOS A CUAL LE TIENE ALERGIA:

- | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anestésicos locales | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Codeína u otros narcóticos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fen-Phen |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Yodo | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Los barbitúricos o sedantes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otros antibióticos: _____ |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Iodine | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sulfatos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Látex | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| | | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Al mejor de mi conocimiento, todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Si alguna vez tiene algún cambio en mi salud, o si cualquier cambio de medicamentos, informaré a mi dentista en la próxima cita.

Firma del Paciente / Padre / Tutor

FOR COMPLETION BY DENTIST

Fecha Comentarios Firma de dentista
