



NEMS MRN:

NAME:

Date of Birth:

DENTAL HISTORY
HISTORIAL DENTA

	Yes	Sí	No
Do you have or have you had any problem(s) with dental treatment in the past?	☐		☐
<i>¿Tuvo algún problema con el tratamiento dental en el pasado?</i>			
Do you need pre-medicated with antibiotic before dental appointment in the past?	☐		☐
<i>¿Lo premedicaron con antibióticos antes de una cita dental en el pasado?</i>			
Has there been any change in your general health in the last two years?	☐		☐
<i>¿Ha habido algún cambio en su salud general en los últimos dos años?</i>			
Have you taken any medication for osteoporosis? If yes, for how long? _____	☐		☐
<i>¿Ha tomado algún medicamento para la osteoporosis? Si la respuesta es Sí, ¿por cuánto tiempo?</i>			
Are you now under the care of a physician? If yes, physician's name: _____	☐		☐
<i>¿Ahora se está atendiendo con un médico? Si la respuesta es Sí, nombre del médico: _____</i>			
Any serious illness, operations, or hospitalizations in the last 5 years? If yes, please describe:			
<i>¿Tuvo alguna enfermedad grave, operaciones o hospitalizaciones en los últimos 5 años? Si la respuesta es Sí, describa: _____</i>			
Approximate date of last physical exam? _____ / _____ / _____	Yes	Sí	No
<i>¿Cuál es la fecha aproximada de su último examen anual?</i>			
Females: are you pregnant? If yes, how many months? _____	☐		☐
<i>Mujeres: ¿está embarazada? Si la respuesta es Sí, ¿de cuántos meses? _____</i>			
Are you taking any of the following <i>¿Está tomando alguna de las siguientes opciones?</i>			
Blood pressure medication	Yes	Sí	No
<i>Medicamentos para la presión arterial</i>	☐		☐
Antibiotics	☐		☐
<i>Antibióticos</i>	☐		☐
Anticoagulants (blood thinners)	☐		☐
<i>Anticoagulantes (diluyentes sanguíneos)</i>	☐		☐
Other medications	<i>Otros medicamentos</i> _____		
Have you had a bad reaction to the following: <i>¿Ha tenido una mala reacción a los siguientes problemas?</i>			
Local anesthetics (novocaine, lidocaine)	Yes	Sí	No
<i>Anestesia local (novocaína, lidocaína)</i>	☐		☐
Aspirin or codeine	Yes	Sí	No
<i>Aspirina o codeína</i>	☐		☐
Penicillin or other antibiotics	☐		☐
<i>Penicilina u otros antibióticos</i>	☐		☐
Latex allergy	☐		☐
<i>Alergia al látex</i>	☐		☐
Other medication	<i>Otros medicamentos</i> _____		
Do you now have, or have you had any of the following? <i>¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes afecciones?</i>			
Asthma	Yes	Sí	No
<i>Asma</i>	☐		☐
Hypertension	Yes	Sí	No
<i>Presión arterial alta</i>	☐		☐
High cholesterol	Yes	Sí	No
<i>Colesterol</i>	☐		☐
HIV/AIDS	Yes	Sí	No
<i>VIH/SIDA</i>	☐		☐
Recreational drugs	Yes	Sí	No
<i>Drogas recreativas</i>	☐		☐
Kidney disease	Yes	Sí	No
<i>Enfermedad renal</i>	☐		☐
Hemophilia or anemia	Yes	Sí	No
<i>Hemofilia o anemia</i>	☐		☐
Stomach ulcers	Yes	Sí	No
<i>Úlceras estomacales</i>	☐		☐
Previous cancer	Yes	Sí	No
<i>Cáncer anterior</i>	☐		☐



NEMS MRN:

NAME:

Date of Birth:

DENTAL HISTORY

HISTORIAL DENTA

	Yes	SÍ	No		Yes	SÍ	No
Abnormal bleeding after surgery <i>Hemorragia anormal después de la cirugía</i>	☐		☐	Breathing issues <i>Problemas respiratorios</i>	☐		☐
Artificial joint/implant <i>Cirugía/implante de articulación artificial</i>	☐		☐	Psychiatric problems <i>Problemas psiquiátricos</i>	☐		☐
Developmental/intellectual disability <i>Discapacidad del desarrollo/intelectual</i>	☐		☐	Chest pain/angina <i>Dolor en el pecho/angina de pecho</i>	☐		☐
Diabetes or high blood sugar <i>Diabetes o nivel alto de azúcar en sangre</i>	☐		☐	Chronic sinus problems <i>Problemas sinusales crónicos</i>	☐		☐
Hepatitis, jaundice, liver disease <i>Hepatitis, ictericia, enfermedad hepática</i>	☐		☐	Stroke <i>Accidente cerebrovascular</i>	☐		☐
Problems with opening mouth wide <i>Problemas para abrir la boca</i>	☐		☐	Frequent severe headaches <i>Dolor de cabeza intenso frecuente</i>	☐		☐
Radiation treatment for tumor <i>Tratamiento con radiación para tumor</i>	☐		☐	Heart attack/heart surgery <i>Ataque cardíaco/cirugía cardíaca</i>	☐		☐
Rheumatic fever or heart murmur <i>Fiebre reumática o soplo cardíaco</i>	☐		☐	Thyroid disease or goiter <i>Enfermedad tiroidea o bocio</i>	☐		☐
Seizures, epilepsy, fainting <i>Convulsiones, epilepsia, desmayos</i>	☐		☐	Use tobacco products <i>Productos de tabaco usados</i>	☐		☐
Tuberculosis, emphysema, bronchitis <i>Tuberculosis, enfisema, bronquitis</i>	☐		☐	Congenital heart disease <i>Enfermedad cardíaca congénita</i>	☐		☐
Other health problems or conditions <i>Otros problemas o afecciones de la salud</i>							

I have read and answered the above questions to the best of my knowledge. I understand this information is necessary to provide me with dental care in a safe and efficient manner. I will notify this clinic of any future changes in the health or medications taken by me.

He leído y contestado las preguntas anteriores según mi leal saber y entender. Entiendo que esta información es necesaria para brindarme atención dental de manera segura y eficiente. Le notificaré a esta clínica cualquier cambio en la salud o los medicamentos que tome en el futuro.

Signature of Patient or Legal Representative*
Firma del paciente o representante legal

Date | Time
Fecha | Hora

Name of Legal Representative
Nombre del representante legal

Relationship of Legal Representative
Relación del representante legal

Signature of Witness (Required if patient is unable to sign)
Firma del testigo (se requiere si el paciente no puede firmar)

Date | Time
Fecha | Hora