

Midtown Health Center- Dental Clinic

HEALTH QUESTIONNAIRE

NAME: (NOMBRE): _____

DATE OF BIRTH: (FECHA DE NACIMIENTO) _____

CHIEF COMPLAINT -Why are you seeking dental care? : _____
 (QUEJAS- POR QUE BUSCA UN CUIDADO DENTAL) : _____

Are you currently under the care of a physician /Esta usted bajo el cuidado de un doctor? Yes No

Please list your family physician and any medical specialists you see at least once a year: (please print)
 Por favor mencione su doctor de familia y cualquier especialista medico que frecuenta por lo menos una vez al a ño?

Name	Address	City	Phone#	Name of Specialist
Nombre	Dirección	Ciudad	Teléfono	Nombre del especialista

MEDICAL HISTORY

Circle **Marque**
Below: **abajo**

- | Yes | No | Do you have (or have you ever had) any of the following? Tiene ud (o ha tenido) cualquiera de los sigu. | |
|------------|-----------|--|---|
| | | a. Allergic reaction to drugs or latex (circle all that apply) Reaccion a alguno de estos (marque el que aplique) | |
| | | Latex | Penicillin |
| | | <i>Látex</i> | <i>Penicilina</i> |
| | | Aspirin | Codeine |
| | | <i>aspirina</i> | <i>codeína</i> |
| | | Local Anesthetics | Other |
| | | <i>anestésicos</i> | <i>otros</i> |
| Yes | No | b. Heart attack or heart disease | <i>Paro cardiaco o enfermedades Del Corazon</i> |
| Yes | No | c. Stroke | <i>Ataques</i> |
| Yes | No | d. High Blood Pressure | <i>Alta Presion</i> |
| Yes | No | e. Congestive heart failure | <i>Falla del Corazon Congestiva</i> |
| Yes | No | f. Angina (Chest Pain) | <i>Dolor de Pecho</i> |
| Yes | No | g. Irregular heart beat | <i>Latidos de Corazon irregulares</i> |
| Yes | No | h. Artificial heart valve | <i>Valvula artificial del corazón</i> |
| Yes | No | i. Rheumatic fever, rheumatic heart disease, bacterial endocarditis | <i>Fiebre reumática, enfermedad de Corazón reumático, bacteria que pertenezca al Corazón.</i> |
| Yes | No | j. Congenital Heart disease | <i>Enfermedad congenita al corazón</i> |
| Yes | No | k. Heart murmur or mitral valve prolapse | <i>Murmullo en el corazon o prolapso dela valvula mitral</i> |
| Yes | No | l. Immunosuppressive condition (circle all that apply) | <i>Condicion inmunosupresivas (marque todo el que aplique)</i> |

Steroid therapy (e.g. prednisone)	Radiation or Cancer therapy	SLE (Lupus)	Rheumatoid Arthritis
HIV Organ Transplant	Spleen Removed	Other _____	

<i>Terapia de esteroides</i>	<i>Radiaciones o terapia para el cancer</i>	<i>Lupus</i>	<i>Artritis reumatica</i>	<i>VIH</i>
<i>Transplante de organos</i>	<i>bazos removidos</i>	<i>Otros</i> _____		

Yes	No	m. Artificial joint(s) (circle all that apply) Hip (cadera) Knee(rodillas) Dates placed (Fechas) _____	<i>Tendons artificiales (marque todo el que aplique)</i> Ankle (tobillos) Shoulder (Hombros)
Yes	No	n. Other artificial implants or devices	<i>otros implantes artificiales o devicibles</i>
Yes	No	o. Bleeding problem, anemia, other blood disease	<i>sangrados, anemia, u otras enfermedades de la Sangre</i>
Yes	No	p. Diabetes	<i>Diabetis</i>
Yes	No	q. Thyroid diseases	<i>tyroides</i>
Yes	No	r. Long term antibiotic use (greater than one month continuously)	<i>Uso de antibiotic por largo plazo (mas de un mes continuo)</i>
Yes	No	s. Nervous system disease or seizures	<i>problemas del sistema nervioso o ataques</i>
Yes	No	t. Kidney disease	<i>problemas de los Riñones</i>
Yes	No	u. Hepatitis (A,B,C, or D) or other liver disease.	<i>Hepatitis (A,B,C,o D) u otros problemas del Hgado</i>
Yes	No	v. Muscle or joint disease or arthritis (osteo or rheumatoid)	<i>Coyonturas o artritis (osteo, reumas)</i>
Yes	No	w. Asthma, tuberculosis, or other lung disease	<i>asma, tuberculosis, u otros problemas en los pulmones</i>
Yes	No	x. Stomach or intestinal disease	<i>Enfermedades estomacales o intesntinales</i>
Yes	No	y. Mental health condition – specify: _____	<i>Problemas mentales - especifique-:</i> _____
Yes	No	z. Physical or mental disabilities	<i>Incapacidades fisicas o mentales</i>
Yes	No	aa. Impairment of hearing, sight or speech.	<i>Problemas al escuchar, ver, o hablar</i>
Yes	No	bb. Do you have/or past been treated for cancer?	<i>Tiene usted o ha sido tratatado de cancer?</i>
Yes	No	2. Are you or could you be pregnant? Are you Nursing?	<i>Esta usted o podria estar embarazada Esta amamantando?</i>
Yes	No	3. Do you have any disease, condition, or problem not listed here? Describe _____ <i>Tiene usted alguna enfermedad, condicion o problema que no se menciono en el listado?</i> <i>Describe: _____</i>	
Yes	No	4. Have you ever been hospitalized or had surgery? Describe:(Describe) _____	<i>Ha sido hospitalizado o tenido cirugias anteriormente?</i>
Yes	No	5. Do you have any undiagnosed symptoms?	<i>Ha tenido algun sintoma que no ha sido diagnosticado?</i>
Yes	No	6. Are you, or have ever been addicted to a chemical substance? (examples: alcohol, prescription drugs, heroin, meth, cocaine, other) <i>Ha sido usted o es adicto a alguna substancia quimica?</i> <i>(ejemplos: alcohol, medicina recetada, heroína, meth, cocaína, otros)</i>	
Yes	No	7. Do you currently drink alcohol or use recreational drugs? <i>Toma usted bebidas alcoholicas o usa algun otro tipo de drogas?</i>	

- Yes No** 8. Do you smoke or use smokeless tobacco? *Fuma o usa algo para prevenir tabaco?*
- Yes No** 9. What type of tobacco product(s) do you use? *Que tipo de tabaco usa?*

- Yes No** 10. How interested are you in stopping your tobacco use? (Circle one)
Que tan interesado esta en dejar de fumar tabaco? (circule el que aplique)
- Very interested somewhat interested Not at all interested
Muy interesado mas o menos interesado No interesado
- Yes No** 11. Do you regularly take herbal medicines or dietary supplements?
Toma usted regularmente hierbas medicinales o suplementos dieteticos?
- Echinacea Garlic(ajo) Ginger Kava Valerian Feverfew (poca fiebre) Gingko St John's Wort
Vitamin E (vitamina E) Other (Otras): _____
- Yes No** 12. Have you undergone current or past osteoporosis therapy?
Ha usted tenido reciente o anteriormente terapia para osteoporosis
- Examples are: *Ejemplos son:* Fosamax, Actonel, Boniva Pill form)
- Yes No** 13. Have you undergone current or past therapy to reduce high blood calcium (bisphosphonate Therapy)? (Examples: Intravenous Aredia, Zometa)
Ha usted tenido terapia para reducir el alto calcio en la sangre (Terapia bisfosfonante)
Ejemplos: Aredia Intravena, Zometa)
- Dental History**
- Yes No** 14. Do you have regular dental check-ups? Date last exam: _____
Hace sus chequeos dentales constantes? Fecha del ultimo examen: _____
- Yes No** 15. Have you had any trouble associated with previous dental treatment?:
If so explain: _____
Ha tenido problemas asociados con cualquier tratamiento dental anteriormente.
Si es asi explique: _____
- Yes No** 16. Have you noticed any lumps or sores in your mouth? *Ha notado alguna hinchazon o dolor en su boca?*
- Yes No** 17. Do your gums bleed when your brush your teeth? *Sus encias sangran cuando se cepilla sus dientes?*
- Yes No** 18. Have you ever injured your face, jaws or teeth? *Se ha fracturado su cara, quijada o dientes?*
- Yes No** 19. Do you suffer from pain in the mouth, face, eyes, neck or throat?
Sufre usted de cualquier dolor en la boca, cara, ojos, cuello o garganta?
- Yes No** 20. Do you want to save your teeth? *Le gustaria salvar sus dientes?*
- Yes No** 21. Has fear ever prevented you from seeking dental treatment?
Le ha detenido el miedo de buscar por un tratamiento dental?
- Yes No** 22. Are you allergic to any metals or dental materials? *Es usted alérgico a cualquier material dental o metal?*

By signing below, you agree that the information given is accurate and that you will notify the clinic at subsequent appointments if there are any changes in your health.

Al firmar abajo usted acuerda que la información dada es correcta y que notificara a la clínica en sus citas subsiguientes si hay algún cambio en su salud.

Patient Signature: (Firma del Paciente): _____ **Date:** _____

Signature of Provider _____ Date _____

MIDTOWN HEALTH CENTER- DENTAL CLINIC
List all Medications you are currently taking.
*Por favor mencione los medicamentos que esta
 tomando*

Prescription Medication <i>Medicamentos</i>	Dose <i>Dosis</i>	Frequency <i>Con que frecuencia toma su dosis</i>
Over the counter Products <i>Productos sobre el mostrador</i>	Dose <i>Dosis</i>	Frequency <i>Con que frecuencia toma su dosis</i>
Vitamins, Supplements <i>Vitaminas, suplementos</i>	Dose <i>Dosis</i>	Frequency <i>Con que frecuencia toma su dosis</i>

Signature (Firma) : **Date (Fecha):**