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 (*Sí*) ☐ No

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

Family Physician *(Doctor de Familia)*	Address *(Dirección)*	City *(Ciudad)*	Phone number *(Teléfono)*
Specialist(s) *(Especialista(s))*	Address *(Dirección)*	City *(Ciudad)*	Phone number *(Teléfono)*

MEDICAL HISTORY (HISTORIAL MÉDICO)

Check all that apply / Marque todo lo que aplique.

Allergic reaction to *(reacción a)*: ☐ Latex *(látex)* ☐ Penicillin *(penicilina)* ☐ Aspirin *(aspirina)* ☐ Codeine *(codeína)*
☐ Local Anesthetics *(astésicos locales)* ☐ Other *(otros)*: _____

☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Heart attack or heart disease *(Paro cardiaco o enfermedades Del Corazon)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Stroke *(Ataques)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	High Blood Pressure (*Alta Presion)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Congestive heart failure (*Falla del Corazon Congestiva)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Angina-Chest Pain (*Dolor de Pecho)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Irregular heart beat *(Latidos de Corazon iregulares)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Artificial heart valve *(Valvula artificial del corazón)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Rheumatic fever, rheumatic heart disease, bacterial endocarditis *(Fiebre reumática, enfermedad de Corazón reumático, bacteria que pertenezca al Corazón)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Congenital Heart disease *(Enfermedad congenita al corazón)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Heart murmur or mitral valve prolapse *(Murmullo en el corazon o prolapso dela valvula mitral)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Bleeding problem, anemia, other blood disease *(sangrados, anemia, u otras enfermedades de la Sangre)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Diabetes *(Diabetes)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Thyroid diseases *(tyroides)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Long term antibiotic use *(Uso de antibiotic por largo plazo)* *greater than one month continuously (mas de un mes continuo)*

302 W. PHILLIP AVE, NORFOLK, NE 68701 | **PHONE:** 402.371.8000 |
DENTAL FAX: 402.371.0945 | MIDTOWNHEALTHNE.ORG

Midtown Health Center- Dental Clinic

☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Nervous system disease or seizures *(problemas del sistema nervioso o ataques)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Kidney disease *(problemas de los Riñones)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Hepatitis A,B,C, or D, or other liver disease *(u otros problemas del Higado)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Muscle or joint disease or arthritis *(Coyonturas o artritis)* osteo or rheumatoid *(osteo, reumas)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Asthma, tuberculosis, or other lung disease (*asma, tuberculosis, u otros problemas en los pulmones)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Stomach or intestinal disease *(Enfermedades estomacales o intesntinales)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Physical or mental disabilities *(incapacidades fisicas o mentales)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Mental health condition (*Problemas mentales)* specify *(especifique)*: _____
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Impairment of hearing, sight or speech (*Problemas al escuchar, ver, o hablar)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Do you have/had been treated for cancer? (*¿Tiene usted o ha sido tratatado de cáncer?)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Are you or could you be pregnant? (*¿Esta usted o podria estar embarazada?)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Are you nursing? (*¿Esta amamantando?)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Do you have any undiagnosed symptoms? *(¿Ha tenido algun sintoma que no ha sido diagnosticado?)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Immunosuppressive condition check all that apply (*Condicion imunosupresivas marque todo el que aplique)* ☐ Steroid therapy i.e.: prednisone *(Terapia de esteroides)* ☐ Radiation or Cancer therapy *(Radiaciones o terapia para el cáncer)* ☐ SLE Lupus ☐ Rheumatoid Arthritis *(Artritis reumática)* ☐ HIV (VIH) ☐ Organ Transplant *(Transplante de órganos)* ☐ Spleen Removed *(bazos removido)* ☐ Other *(Otros)* _____
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Artificial joint(s) check all that apply (*Tendons artificiales marque todo el que aplique)* ☐ Hip (*cadera*) ☐ Knee(*rodillas*) ☐ Ankle (*tobillos*) ☐ Shoulder (*Hombros*) Dates placed (*Fechas*) _____
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Other artificial implants or devices *(otros inplantes articifiales o devicibles)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Do you have any disease, condition, or problem not listed here? (*¿Tiene usted alguna enfermedad, condicion o problema que no se menciono en el listado?)* Describe(*Describa*): _____
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Have you ever been hospitalized or had surgery? (*¿Ha sido hospitalizado o tenido cirugias anteriormente?)* Describe(*Describa*): _____
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Have you undergone current or past osteoporosis therapy? Examples are: Fosamax, Actonel, Boniva Pill form (*¿Ha usted tenido receinte o anteriormente terapia para osteoporosis? ejemplos son: Fosamax, Actonel, Boniva Pill)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	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)?*

LIFESTYLE (*ESTILO DE VIDA)*

☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Are you, or have you ever been addicted to a chemical substance? examples: alcohol, prescription drugs, heroin, meth, cocaine, other (*¿Ha sido usted o es adicto a alguna substancia quimica? ejemplos: alcohol, medicina recetada, heroina, meth, cocaina, otros)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Do you currently drink alcohol? (*¿Toma usted bebidas alcoholicas?)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Do you use recreational drugs? (*¿Toma usted algun otro tipo de drogas?)*

302 W. PHILLIP AVE, NORFOLK, NE 68701 | **PHONE:** 402.371.8000 |
DENTAL FAX: 402.371.0945 | MIDTOWNHEALTHNE.ORG

☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Do you smoke or use smokeless tobacco? (*¿Fuma o usa algo para prevenir tabaco?)* What type of tobacco product(s) do you use? (*¿Que tipo de tabaco usa?)* _____ How interested are you in stopping your tobacco use? Select one (*¿Que tan interesado esta en dejar de fumar tabaco? seleccione uno)* ☐ Very interested (*Muy interesado)* ☐ Somewhat interested (*mas omenos interesado)* ☐ Not at all interested (*No interesado)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Do you regularly take herbal medicines or dietary supplements? (*¿Toma usted regularmente hierbas medicinales o suplementos dieteticos?)*

DENTAL HISTORY *(HISTORIAL DENTAL)*

☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Do you have regular dental check-ups? (*¿Hace sus chequeos dentales constantes?)* Date last exam (*Fecha del ultimo examen)* _____
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Have you had any trouble associated with previous dental treatment? (*¿Ha tenido problemas asociados con cualquier tratamiento dental anteriormente?)* If so explain (*Sí es asi explique)*: _____
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Have you noticed any lumps or sores in your mouth? (*¿Ha notado alguna hinchazon o dolor en su boca?)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Do your gums bleed when your brush your teeth? (*¿Sus encias sangran cuando se cepilla sus dientes?)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Have you ever injured your face, jaws or teeth? (*¿ Se ha fracturado su cara, quijada o dientes?)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	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/ Sí**	☐	**No**	Do you want to save your teeth? (*¿Le gustaría salvar sus dientes?)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Has fear ever prevented you from seeking dental treatment? (*¿Le ha detenido el miedo de buscar por un tratamiento dental?)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Are you allergic to any metals or dental materials*? (¿Es usted alérgico a cualquier material dental o metal?)*
☐	**Yes/ Sí**	☐	**No**	Do you wear removable dentures or partials? (¿U*sted utiliza una dentadura postiza o parciales en la boca?)* If yes, when/where were they made*?* _____ *(Si la respuesta es sí, ¿cuándo y dónde fueron hechos?)*

MEDICATIONS (MEDICAMENTOS)

Prescription Medication *(Medicamentos recetados)*	**Dose (*Dosis)***	**Frequency (*frecuencia)***

302 W. PHILLIP AVE, NORFOLK, NE 68701 | **PHONE:** 402.371.8000 |
DENTAL FAX: 402.371.0945 | MIDTOWNHEALTHNE.ORG

Over the counter Products *(Productos sin receta)*	**Dose (*Dosis)***	**Frequency (*frecuencia)***
Vitamins & Supplements (*Vitaminas y suplementos)*	**Dose (*Dosis)***	**Frequency (*frecuencia)***

By signing below, you agree that the information given is accurate and that you will notify the clinic at future 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:_____

_____ *FOR OFFICE USE ONLY* _____

Factor	Low	Moderate	High
Caries Activity	None	Within 24 months	Within 12 months
Demineralized areas	No white spots	1 white spot	>1 white spot
Restorations or missing teeth due to caries	None	1-2 Restorations within 36 months	3 or more restorations OR extracted tooth within 36 months
Family History: Mother/Father/Siblings (age 14 and under)	None	Low Caries Rate	High Caries Rate
Presence of plaque, gingivitis	None	Moderate	Visible plaque on anterior teeth
Fluoride exposure	Optimal	Low to optimal	Low
Sugar Consumption	With meals only	1-2 between meals	>3 between meals
Dental Home	Established	Irregular use	None
Special Conditions		Dental/orthodontic appliance Drug/alcohol abuse Eating disorders	Enamel hypoplasia Specials needs patient Impaired salivary flow
Overall assessment of Dental Caries Risk:	**LOW**	**MODERATE**	**HIGH**

Signature of Provider_____ Date_____

302 W. PHILLIP AVE, NORFOLK, NE 68701 | **PHONE:** 402.371.8000 |
DENTAL FAX: 402.371.0945 | MIDTOWNHEALTHNE.ORG