

# Health Questionnaire

*Please Print*

Today's Date \_\_\_\_\_ Patient's Name \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Name of person completing form (if different from patient) and relation to patient:

\_\_\_\_\_  
*Printed Name* \_\_\_\_\_ *Relation* \_\_\_\_\_

Please answer the following questions to the best of your ability, realizing that true and accurate answers are important to the delivery of quality care. All information you provide will be kept confidential.

PLEASE ANSWER BY CIRCLING Yes (Y) or No (N) FOR EACH INDIVIDUAL QUESTION.

1. Are you in good health? ..... Y N
2. Has there been any change in your general health in the past year? ..... Y N
3. Date of last check up by physician: \_\_\_\_\_
4. Are you currently under a physician's care? ..... Y N  
If so, what for? \_\_\_\_\_  
Treating Physician's Name: \_\_\_\_\_ Phone Number: \_\_\_\_\_
5. Have you had any serious illness, operations, or hospitalizations? ..... Y N  
If so, describe and give approximate dates: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Have you ever had intravenous sedation or general anesthesia? ..... Y N  
Were there any adverse effects: ..... Y N
7. Do you generally tolerate dental treatment well? ..... Y N
8. DO YOU HAVE OR HAVE YOU EVER HAD:
  - A. Heart disease that was detected at birth? ..... Y N
  - B. Rheumatic fever or Rheumatic heart disease? ..... Y N
  - C. Cardiovascular disease (chest pain, heart trouble, heart attack, coronary artery disease, high blood pressure, stroke, palpitations, heart surgery, angioplasty, pacemaker)? ..... Y N
  - D. Lung disease (asthma, emphysema, chronic cough, bronchitis, pneumonia, TB, shortness of breath, severe cough)? ..... Y N
  - E. Neurologic disorders (seizure, epilepsy, fainting, dizziness, nervous disorder)? ..... Y N
  - F. Blood disease (bleeding disorder, anemia, blood transfusion, do you bruise easily)? ..... Y N
  - G. Liver disease (jaundice, hepatitis)? ..... Y N
  - H. Kidney disease? ..... Y N
  - I. Diabetes? ..... Y N
  - J. Thyroid Disease (hypothyroidism, tumor)? ..... Y N
  - K. Arthritis? If so, which joints? \_\_\_\_\_ Y N
  - L. Stomach ulcers or intestinal problems? ..... Y N
  - M. Glaucoma? ..... Y N
  - N. Frequent or recurring mouth sores? ..... Y N
  - O. Implants/artificial joints anywhere in your body? (heart valve, hip, knee)? ..... Y N
  - P. Radiation (X-Ray treatment for cancer) in head and neck region? ..... Y N
  - Q. Noises in jaw joint, pain near ear when chewing, do you grind or clench teeth? ..... Y N
  - R. Sinus or nasal problems? ..... Y N
  - S. Any disease, drug, transplant operation or HIV that has depressed your immune system? ..... Y N
  - T. Recurrent infections of any kind? ..... Y N

PLEASE CONTINUE ON OTHER SIDE OF FORM

9. ARE YOU TAKING OR USING ANY OF THE FOLLOWING?

- A. Antibiotics? ..... Y N
- B. Anticoagulants (blood thinners)? ..... Y N
- C. Thyroid medications? ..... Y N
- D. Antihistamines, decongestants? ..... Y N
- E. High blood pressure or heart? ..... Y N
- F. Steroids? ..... Y N
- G. Tranquilizers, Antidepressants? ..... Y N
- H. Stomach or GI medications (antacids, etc.)? ..... Y N
- I. Cholesterol reducing drugs? ..... Y N
- J. Aspirin, ibuprofen, NSAIDS or anti-inflammatory drugs, narcotics, opioids, or other pain relievers? ..... Y N
- K. Weight reduction pills or diet aids (over the counter or "natural" products)? ..... Y N
- L. Vitamins, natural remedies (ginko biloba, ephedra, ginseng, etc.) or other supplements? ..... Y N
- M. Marijuana, cocaine or other "recreational" drugs? ..... Y N
- N. Any other regular medications, pills, supplements or drugs? ..... Y N

PLEASE LIST ALL CURRENT MEDICATIONS HERE: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. Are you allergic to or had a bad reaction from:

- A. Local anesthetic (Novocain-like drugs)? ... Y N
  - B. Penicillin, Amoxicillin, Cephalosporins? ... Y N
  - C. Other antibiotics? ..... Y N
  - D. Barbiturates, sedatives? ..... Y N
  - E. Aspirin, ibuprofen, NSAIDS or other pain medicines? ..... Y N
  - F. Codeine or other narcotics or opioids? . Y N
  - G. Latex? ..... Y N
  - H. Other allergies or reactions? ..... Y N
- Please list: \_\_\_\_\_

- 11. Do you have hay fever, frequent skin rashes, etc? ..... Y N
- 12. Do you use alcohol? How much per day? \_\_\_\_\_ Y N
- 13. Do you smoke? ..... Y N  
 What product and how many per day? \_\_\_\_\_ For how long? \_\_\_\_\_
- 14. Do you use spit tobacco? ..... For how long? \_\_\_\_\_ Y N
- 15. Are you, or have you been, in a drug or alcohol recovery program? ..... Y N
- 16. Do you have any other disease, condition or problem not listed that you think the doctor should know about? .. Y N
- 17. Do you wish to talk to the doctor privately about anything? ..... Y N
- 18. Any additional comments? \_\_\_\_\_

19. WOMEN

- A. Are you taking birth control pills? ..... Y N
- B. Are you pregnant, trying to become pregnant or any chance you might be pregnant? ..... Y N
- C. Are you BREAST FEEDING? ..... Y N
- D. Are you taking hormonal replacement? ..... Y N

**I understand the importance of a truthful health history and realize that incomplete information may have an adverse effect on my treatment. To the best of my knowledge, the information above is complete and accurate.**

\_\_\_\_\_ Date

\_\_\_\_\_ Signature of person completing Health Questionnaire

\_\_\_\_\_

Doctor's Initials

**THANK YOU. Please return this form to the receptionist before completing others in this packet; do not write below this line.**

Medical Updates: <i>Reviewed by</i> Dr. _____ Date _____
---

Medical Updates: <i>Reviewed by</i> Dr. _____ Date _____
---

Medical Updates: <i>Reviewed by</i> Dr. _____ Date _____
---

Medical Updates: <i>Reviewed by</i> Dr. _____ Date _____
---

Medical Updates: <i>Reviewed by</i> Dr. _____ Date _____
---

# Cuestionario Medico

*Please Print*

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nombre de la persona completando el formulario (si no es el paciente) y relación con el paciente:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Favor responder a las siguientes preguntas lo mejor que pueda, tomando en cuenta que las respuestas correctas son importantes para la calidad del cuidado. Toda la información que usted provee sera confidencial.

FAVOR RESPONDA AL CIRCULAR Sí (S) or No (N) PARA CADA PREGUNTA.

1. Está usted bien de salud? ..... S N
2. Ha habido algun cambio en su salud durante este último año? ..... S N
3. Fecha del último examen con el médico \_\_\_\_\_ S N
4. Está usted actualmente bajo cuidado médico? ..... S N  
Si lo está, cual es la razon? \_\_\_\_\_  
Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_
5. Ha tenido alguna enfermedad seria, operaciones o ha estado hospitalizado? ..... S N  
Describe y anote fechas aproximadas \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
6. Ha tenido algun tipo de sedación intravenosa o anestesia general? ..... S N  
Tuvo algun tipo de efectos negativos? ..... S N
7. Por lo general, tolera tratamientos dentales sin ningun problema? ..... S N
8. TIENE O HA TENIDO ALGUNA VEZ:
  - A. Enfermedades del corazón detectadas desde su nacimiento? ..... S N
  - B. Fiebre reumática o enfermedad del corazón reumática? ..... S N
  - C. Enfermedades Cardiovasculares (Dolores de pecho, problemas de corazón, ataque al corazón, enfermedad de la arteria coronaria, presión alta, palpitaciones, cirugía de corazón, angioplastía o marcapasos)? ..... S N
  - D. Enfermedades Pulmonares (Asma, Enfisema, Tos crónica, bronquitis, neumonía, tuberculosis, falta de aire, tos severa)? ..... S N
  - E. Desordenes neurológicos (ataques, epilepsia, desmayos, mareos o desórdenes nerviosos)? ..... S N
  - F. Enfermedades de la Sangre (sangrado, anemia, transfusión de sangre, o le salen moretes facilmente)? .... S N
  - G. Enfermedades del Hígado (jaundice, hepatitis)? ..... S N
  - H. Enfermedades de Riñón? ..... S N
  - I. Diabetes? ..... S N
  - J. Enfermedades de la Tiroide (hipotiroidismo, tumors)? ..... S N
  - K. Artritis? En dónde? \_\_\_\_\_ S N
  - L. Ulceras estomacales o problemas intestinales? ..... S N
  - M. Glaucoma? ..... S N
  - N. Llagas o lesiones frecuentes en la boca? ..... S N
  - O. Implantes/artificial en cualquier parte del cuerpo? (corazón, cadera, rodilla)? ..... S N
  - P. Radiación (tratamiento de rayos x contra el cancer) en la cabeza o cuello? ..... S N
  - Q. Ruidos en la mandíbula, dolor cerca del oído cuando mastica? ..... S N
  - R. Problemas nasales o sinusitis? ..... S N
  - S. Alguna enfermedad, medicina, cirugía de transplante o HIV que haya disminuído su sistema inmunológico? S N
  - T. Infecciones constantes de cualquier índole? ..... S N

CONTINUA EN LA SIGUIENTE PAGINA

9. ESTA USTED TOMANDO O UTILIZANDO CUALQUIERA DE LO SIGUIENTE?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| A. Antibióticos? .....  | S | N |
| B. Anticoagulantes? .....   | S | N |
| C. Medicaciones para la tiroide? .....  | S | N |
| D. Antihistamínicos, descongestionantes? .....  | S | N |
| E. Presión alta o corazón? .....  | S | N |
| F. Esteroides? .....  | S | N |
| G. Tranquilizantes, antidepressivos? .....  | S | N |
| H. Medicinas Estomacales (antiácidos)? .....  | S | N |
| I. Medicinas para reducir el colesterol? .....  | S | N |
| J. Aspirina, ibuprofen, NSAIDS o medicinas anti-inflamatorias, narcóticos, opio u otro medicamento para reducir el dolor? ..... | S | N |
| K. Pastillas para bajar de peso o de dieta (sin prescripción o naturales)? .....  | S | N |
| L. Vitaminas, remedios naturales (ginko biloba, efedra, ginseng, etc) u otros suplementos? .....                                | S | N |
| M. Marihuana, cocaína u otras drogas 'recreacionales'? .....  | S | N |
| N. Algun otro medicamento, pastillas, suplementos o drogas? .....   | S | N |
- FAVOR DE ANOTAR TODAS LOS MEDICAMENTOS QUE ACTUALMENTE INGIERE: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

10. Es usted alergico o ha tenido alguna reaccion a:

- |   |   |   |                                       |   |   |
|---|---|---|---------------------------------------|---|---|
| A. Anestesia Local (como nuvocaina)? .....                              | S | N | F. Codeína, narcóticos u opio? .....  | S | N |
| B. Penicilina, amoxicilina o cefalosporina? ...                         | S | N | G. Latex? .....                       | S | N |
| C. Otros antibióticos? .....  | S | N | H. Otras alergias o reacciones? ..... | S | N |
| D. Barbituratos o sedantes? .....                                       | S | N | Favor enumerar: _____                 |   |   |
| E. Aspirina, ibuprofen, NSAIDS, u otro medicamento para el dolor? ..... | S | N | _____                                 |   |   |

11. Tiene fiebre, piquetes o alergias en la piel, etc? .....
12. Consume alcohol? Cuanto diariamente? Hace cuanto tiempo? \_\_\_\_\_
13. Fuma? .....
- Cuanto diariamente? \_\_\_\_\_ Hace cuanto tiempo? \_\_\_\_\_
14. Consume tabaco bucal? .....
- Hace cuanto tiempo? \_\_\_\_\_
15. Está o ha estado en un programa de recuperación alcohólica o de drogas? .....
16. Tiene alguna otra enfermedad, condición o problema que no haya sido listado que usted piense que el médico deba saber? .....
17. Le gustaría platicar con el doctor en privado sobre algun asunto? .....
18. Algun comentario adicional? \_\_\_\_\_

19. MUJERES

- |   |   |   |
|---|---|---|
| A. Toma pastillas anticonceptivas? .....  | S | N |
| B. Está embarazada, tratando de quedar embarazada o alguna posibilidad que pudiera estar embarazada? .... | S | N |
| C. Está amamantando? .....  | S | N |
| D. Está tomando algun reemplazo hormonal? .....   | S | N |

**Entiendo la importancia de la historia de salud verdadera y se que información incompleta pueda tener algun efecto en mi tratamiento. De acuerdo a mi conocimiento, la información anteriormente descrita está completa y es verdadera.**

Fecha \_\_\_\_\_ Firma de la persona que completó el cuestionario \_\_\_\_\_ Iniciales del Médico

**GRACIAS. Favor entregar el formulario a la recepcionista antes de completar cualquier otra información contenida en este paquete; favor no escribir nada bajo esta línea.**

Revisiones Médicas: <i>Revisado Por</i> Dr. _____ Fecha _____	Revisiones Médicas: <i>Revisado Por</i> Dr. _____ Fecha _____	Revisiones Médicas: <i>Revisado Por</i> Dr. _____ Fecha _____	Revisiones Médicas: <i>Revisado Por</i> Dr. _____ Fecha _____	Revisiones Médicas: <i>Revisado Por</i> Dr. _____ Fecha _____
--	--	--	--	--