

**PRE-DENTAL PHYSICAL EVALUATION**  
**EVALUACION PRE-DENTAL FISICA**

Patient's Name	Last/Apelido	First/Nombre	Middle Initial/Inicial	Sex/Sexo	Birthdate/Fecha de Nacimiento
Address/Domicilio		Apt. No./Num. Apt.	City/Ciudad	Zip/Zona	Phone Number/Telefono No.
Physician's Name/Nombre de su Medico			Physician's Address/Domicilio de su Medico		
Date of Last Physical Exam/Ultima vez que examinado por su doctor			Person to contact in emergency		Phone Number/Telefono No.

**MEDICAL HISTORY** Please review each question, and CHECK YES or NO.  
*HISTORIA MEDICA Por favor conteste cada pregunta. Marque SI o NO.*

- YES/SI NO
1.   **Have you previously been examined or treated at this center?**  
*¿Ha sido Ud. examinado o tratado antes en este centro?*
  2.   **Have you been hospitalized during the last five years?**  
*¿Ha sido paciente en un hospital durante los ultimos 5 anos?*
  3.   **Are you now or have you been under the care of a doctor during the last 2 years?**  
*¿Esta Ud. ahora o ha estado bajo tratamiento medico durante los ultimos dos anos?*
  4.   **Have you taken any medicine or drugs during the past year?**  
*¿Ha tomado cualquier medicina o drogas durante el ano pasado?*
  5.   **Are you taking any drugs or medicine? If so, what?** \_\_\_\_\_  
*¿Esta usted tomando alguna droga o medicamento? En caso de si, diga cual* \_\_\_\_\_
  6.   **Are you sensitive to latex or have any allergies to drugs?**  Penicillin  Latex Allergy  Tetracycline  Sulfa  
 Aspirin  Codeine  Others such as \_\_\_\_\_  
*¿Es usted sensible al latex o alergico a algun medicamento?  Penicilina  Alergico al latex  Tetraciclina  Sulfa  Aspirina  Codeina  Otra* \_\_\_\_\_
  7.   **Do you bleed excessively following cuts, wounds, or surgery?**  
*¿Sangra excesivamente por cortaduras o despues de cualquier cirujia?*
  8.   **Are you currently on blood thinners?**  
*¿Estas en anticoagulantes?*
  9.   **Are you taking medication for osteoporosis?**  
*Eestá tomando medicamentos para la osteoporosis?*
  10.   **Do you ever have pain in your chest or shortness of breath?**  
*¿Tiene dolor en su pecho of dificultad a respirar?*
  11.   **Do your ankles swell during the day?**  
*¿Se hinchan sus tobillos durante el dia?*
  12.   **Do you use more than two pillows to sleep?  to breathe better  for comfort**  
*¿Usa mas de dos (2) almohadas para dormir?  respirar mejor  comodidad*
  13.   **Have you lost or gained more than ten pounds in the past year?**   **Are you on a special diet?**  
*¿Perdio a gano mas de diez (10) libras el ano pasado? ¿Esta a dieta?*
  14.   **Have you ever taken diet medicine – Fenfluramine/Dexfenfluramine (Phen-Fen)?**
  15.   **Tobacco use (Fumado)**
  16.   **Do you have any disease, condition, or problem not listed that you think I should know about?** \_\_\_\_\_  
*¿Tiene o ha tenido alguna enfermedad o problemas que no esten en este cuestionario?*

17. <b>WOMEN: Are you now pregnant?</b> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<b>Are you practicing birth control?</b> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
<i>MUJERES: ¿Esta ahorita embarazada?</i> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<i>¿Esta practicando control de la natalidad?</i> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

18.   **Do you have or have you had any of the following known conditions? – PLEASE CHECK EACH BOX YES OR NO**  
*¿Tiene usted or ha tenido alguna de las siguientes enfermedades? – Marque*

YES/SI NO	YES/SI NO	YES/SI NO	YES/SI NO
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Heart Disease or Heart Murmur</b> <i>Problema del Corazon or Sopio en el Corazon</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Hay Fever</b> <i>Alergia (Polen, vegetacion)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Thyroid Disease</b> <i>Enfermedad de Tiroides</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Kidney Trouble</b> <i>Problemas de los Rinonas</i>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Heart Attack</b> <i>Ataque del Corazon</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Allergies or Hives</b> <i>Alergias o Urticaria (Ronchas)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Arthritis</b> <i>Artritis</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Venereal Disease</b> <i>Enfermedades Venerias</i>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Heart Surgery</b> <i>Cirujia del Corazon</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Sinus Trouble</b> <i>Sinositis</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Rheumatism</b> <i>Reumatismo</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Syphilis, Gonorrhea</b> <i>Sifilis, Gonorrea</i>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Heart Pacemaker</b> <i>Control del Corazon Marca Pasos</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Liver Disease</b> <i>Enfermedad del Hgado</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Anemia</b> <i>Anemia</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Artificial Joint</b> <i>Articulacion Artificial</i>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>High Blood Pressure</b> <i>Alta Presion de la Sangre</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Hepatitis</b> <i>Hepatitis</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Sickle Cell</b> <i>Enfermedad de Sickle Cell</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>X-Ray or Radiation Treatment</b> <i>Rayos-X's o Tratamiento de Radiacion</i>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Rheumatic Fever</b> <i>Fiebre Reumatica</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Yellow Jaundice</b> <i>Ictericia</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Hemophilia</b> <i>Hemofilia</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Chemotherapy (Cancer, Leukemia)</b> <i>Quimoterapia (Cancer, Leucemia)</i>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Tuberculosis</b> <i>Tuberculosis (TB)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Blood Transfusion</b> <i>Transfucion de Sangre</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Scarlet Fever</b> <i>Fiebre Escarlatina</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Fainting or dizzy spells</b> <i>Desmayos o Mareos</i>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Asthma</b> <i>Asma</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Diabetes</b> <i>Diabetes</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Stomach Ulcers</b> <i>Ulceras Estomacales</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Nervousness</b> <i>Nerviosismo</i>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Epilepsy or Seizures</b> <i>Epilepsia</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Stroke</b> <i>Derrame Cerebral</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Glaucoma</b> <i>Glaucoma</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Cold Sore</b> <i>Ampolias (Fuegos)</i>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Psychiatric Treatment</b> <i>Tratamiento Psiquiatrico</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>AIDS</b> <i>SIDA</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>HIV+</b> <i>VIH</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Osteoporosis</b> <i>Osteoporosis</i>

**PRE-DENTAL PHYSICAL EVALUATION Page 2**

**DENTAL HISTORY**  
HISTORIA DENTAL

**Please review each question, and CHECK YES or NO.**  
Por favor conteste cada pregunta. Marque SI o NO.

- YES/SI NO
1. Chief complaint / *Problem principal*: \_\_\_\_\_
  2. Date of your last dental examination / *Fecha de su ultimo examen dental*: \_\_\_\_\_
  3.   Are you having pain at this time? *¿Tiene dolor ahora?*
  4.   Do you prefer to save your teeth? *¿Desea salvar su diente?*
  5.   Is there sensitivity in your mouth to: *¿Siente sensibilidad en la boca con to?*  
 heat / *caliente*     cold / *frio*     sweets / *dulce*     chewing / *al mascar*     previous injury / *heridas anteriores*
  6.   Do your gums bleed? *¿Le sangran las encias?*
  7. Habits / *Habitos*:
    - Clinch or grind your teeth while awake or asleep? *¿Rechina los dientes al estar dormido o despierto?*
    - Bite your lips or cheeks regularly? *¿Se muerde los labios or las mejillas regularmente?*
    - Hold foreign objects with your teeth (such as pencil, pipe, pin, fingernail)?  
*¿Sostiene objetos con sus dientes (tales como lapices, pipas, ganchos metalicos, unas)?*
    - Mouth breathe while awake or asleep? *¿Respira por la boca mientras esta despierto o dormido?*
  8. Have you ever experienced: *¿Ha experimentado alguna vez:*
    - Clicking of the jaw? *¿Le hace ruido la articulacion al abrir y cerra la boca?*
    - Pain in jaw joints? *¿Dolor en la articulacion temporal mandibular?*
    - Difficulty of opening and closing your jaw? *¿Dificultad al abrir o cerrar lo boca?*
    - Difficulty in chewing? *¿Dificultad al masticar?*
  9.   Does food tend to become caught between your teeth? *¿Se la acumula la comida entre los dientes?*
  10.   Have you ever had a local anesthetic (Novocaine, etc.)? *¿Ha recibido algunaves anestecia (Novocaina, etc.)?*
  11.   Have you ever had any unfavorable reaction from local anesthetic? *¿He tenido alguna reaccion desfavorable a la anestecia local?*
  12.   Have you ever had any complication after dental treatment? *¿Ha tenido problemas despues de un tratamiento dental?*
  13.   Does dental treatment make you nervous? *¿Lo pone nervioso(a) ir a tratamiento dental?*  
 Slightly / *poquito*     Moderately / *moderado*     Extremely / *estremadamente*

14. CHILD / <i>Si el paciente es un NINO</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Is this the child's first dental visit? <i>¿Es la primera vez que visita a un dentista?</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Does the child thumb suck? <i>¿Se chupa el dedo pulgar (gordo)?</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Does child have tongue thrusting habit? <i>¿Saca la lengua al pasar saliva?</i>
--	---

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 medication changes, I will inform the Dentist at the next appointment without fail.

*Al mejor de mi conocimiento, todas las respuestas precedents son ciertas y corretas. Si tengo cualquier cambio en mi salud, o si cambian mis medicinas, se lo informare al dentista en mi siguiente cita.*

Date / <i>Fecha</i>	Patient, Parent, or Guardian Signature <i>Firma del Paciente, Pariente, o Guardian</i>	Examining Dentist's Signature <i>Firma del Dentista Examinador</i>
COMMENTS / <i>Comentarios</i>   		
HISTORY UPDATE / <i>Historia Medica Revisada</i>   		
Date / <i>Fecha</i>	Dentist's Signature / <i>Firma del Dentista</i>	