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 bao tratamiento medico durante los ultimos dos anos?*
4.	☐	☐	**Have you taken any medicine or drugs during the past year?** *¿Ha tomado caulquier medicina or drogas durante al ano pasado?*
5.	☐	☐	**Are you taking any drugs or medicine? If so, what? _____** *¿Esta usted tomando alguna droga or 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 or alergico a algun medicamento? □ Penicilina □ Alergico al latex □ Tetraciclina □ Sulfa □ Aspirina □ Codeina □ Otra*
7.	☐	☐	**Do you bleed excessively following cuts, wounds, or surgery?** *¿Sangra exesivamente 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?** *¿Perdio a gano mas de diez (10) libras el ano pasado?* ☐ ☐ **Are you on a special diet?** *¿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.	**WOMEN: Are you now pregnant?** ☐ YES ☐ NO **Are you practicing birth control?** ☐ YES ☐ NO *MUJERES: ¿Esta ahorita embarazada? □ SI □ NO ¿Esta practicando control de la natalidad? □ SI □ 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 siguinentes enfermedades? – Marque ✓*

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

PRE-DENTAL PHYSICAL EVALUATION Page 2

DENTAL HISTORY **Please review each question, and CHECK YES or NO.**
HISTORIA DENTAL *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?** *¿Difficultad al abrir o cerrar lo boca?*
	☐	☐	**Difficulty in chewing?** *¿Difficultad 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 anesticia 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** / *Si el paciente es un NINO*		
☐	☐	**Is this the child's first dental visit?** *¿Es la primera vez que visita a un dentista?*
☐	☐	**Does the child thumb suck?** *¿Se chupa el dedo pulgar (gordo)?*
☐	☐	**Does child have tongue thrusting habit?** *¿Saca la lengua al pasar saliva?*

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 siguienta cita.

_____	_____	_____
Date / *Fecha*	**Patient, Parent, or Guardian Signature** *Firma del Paciente, Pariente, o Guardian*	**Examining Dentist's Signature** *Firma del Dentista Examinador*

COMMENTS / *Comentarios*

HISTORY UPDATE / *Historia Medica Revisada*

Date / *Fecha* Dentist's Signature / *Firma del Dentista*