

# Comprehensive Care Center

Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_ Height \_\_\_\_\_ Weight \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

## Dental History Historia Dental

When was your last dental visit? \_\_\_\_\_ What was done? \_\_\_\_\_  
Cuando fue su ultimo examen dental? \_\_\_\_\_ Que trabajo fue desarrollado? \_\_\_\_\_

Where? \_\_\_\_\_ When was your last dental cleaning and / or dental X-rays? \_\_\_\_\_  
Donde? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo fue su última limpieza dental y/o radiografía dental? \_\_\_\_\_

**YES NO**  
**SI NO**

Do you have a toothache?  
¿Tiene algun dolor de muela?

Are your teeth sensitive to heat or cold?  
¿Son sus dientes sensibles al calor o frio?

Do your gums bleed when you brush your teeth?  
¿Le sangra la encia cuando se cepilla los dientes?

**YES NO**  
**SI NO**

Have you had periodontal surgery?  
¿Ha tenido cirugia de las encias?

Are you allergic to fluoride?  
¿Es allegico al floururo?

Do you have any disease, condition or  
problem we should know about?  
¿Tiene algun otro problema, condicion o  
Enfermedad que debemos saber?

## Medical History Historia Medica

Family Doctor \_\_\_\_\_ Telephone \_\_\_\_\_  
Medico Familiar \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**Yes No**  
**Si No**

Have you had a medical exam within 2 years?  
¿Ha tenido algun examen medico en los ultimos 2 años

Have you received any type of x-rays within 5 years?  
¿Le han tomado algun tipo de radiografia en los ultimos 5 años?

Have you had any sudden weight gain or loss recently? Explain \_\_\_\_\_  
¿Ha tenido algun aumento o perdida de peso recientemente? Explique \_\_\_\_\_

Have you had an illness or surgery? Explain \_\_\_\_\_  
¿Ha tenido enfermedades o cirugias? Explique \_\_\_\_\_

Are you pregnant? Trimester (circle) 1<sup>st</sup> 2<sup>nd</sup> 3<sup>rd</sup>  
¿Esta embarazada? Trimestre (circule) 1ro 2do 3ro

Are you allergic to any medications? Which ones? \_\_\_\_\_  
¿Es usted alergico a algun medicamento? ¿Cual? \_\_\_\_\_

Are you taking any kind of drugs or medications? If yes, list name of medication and condition:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
¿Esta tomando algun medicamento? ¿Cual? ¿Por que razon? \_\_\_\_\_

Are you taking any of the following drugs or medications? ¿Esta tomando algunos de los siguientes medicamentos?

Yes	No		Yes	No		Yes	No	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Cortizone (Steroids)</b> <i>Corticosteriodes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Anticoagulants (Blood Thinners)</b> <i>Anticoagulantes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Dilantin</b> <i>Dilantin</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Analgesic (Aspirin, Motrin)</b> <i>Analgesicos (Aspirina)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Nitroglycerin</b> <i>Nitroglicerina</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Antidepressants</b> <i>Antidepresivos</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Vitamins</b> <i>Vitaminas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Hormones</b> <i>Hormonas</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Antibiotics</b> <i>Antibioticos</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Sulfa Drugs</b> <i>Medicamentos con Azufre</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Antidiuretics</b> <i>Antidiureticos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Tranquilizers</b> <i>Tranquilizantes</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Insulin</b> <i>Insulina</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Antihistamines</b> <i>Antihistamina</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Contraceptives</b> <i>Anticonceptivos</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Blood Pressure Medication</b> <i>Medicamentos para la Presion</i>						

Have you been treated or are currently being treated for any of the following:

*Ha estado o esta bajo tratamiento de lo siguiente:*

Yes	No		Yes	No		Yes	No	
<i>Si</i>	<i>No</i>		<i>Si</i>	<i>No</i>		<i>Si</i>	<i>No</i>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Rheumatic Fever</b> <i>Fiebre Reumatica</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Swelling of Feet/Ankles</b> <i>Inflamacion de Pies/Tobillos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Shortness of Breath</b> <i>Falta de Respiracion</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>High Blood Pressure</b> <i>Alta Presion</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Fainting Spells or Seizures</b> <i>Desmayos o Ataques</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Anemia or Blood Disorders</b> <i>Anemia/Problemas de Sangre</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Low Blood Pressure</b> <i>Baja Presion</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Pacemaker</b> <i>Marca Pasos</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Radiation or chemotherapy</b> <i>Radiacion o quimioterapia</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Heart Murmur</b> <i>Soplo en el Corazon</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Cancer or Tumor</b> <i>Cancer o Tumor</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Arthritis</b> <i>Artritis</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Stroke</b> <i>Ataque Cerebral</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Stomach Ulcers</b> <i>Ulceras en el estomago</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Diabetes</b> <i>Diabetes</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Mental Illness</b> <i>Enfermedades Mentales</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Tuberculosis</b> <i>Tuberculosis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Bladder Problems</b> <i>Problemas en la vejiga</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Heart Attack</b> <i>Ataque al Corazon</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Kidney Problems</b> <i>Problemas con los Riñones</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Headaches</b> <i>Dolores de cabeza</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Damaged/Artificial Heart Valves</b> <i>Valvulas del Corazon Artificiales</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>HIV/AIDS</b> <i>Sida</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Venereal Diseases</b> <i>Enfermedades venereas</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Epilepsy</b> <i>Epilepsia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Herpes</b> <i>Herpes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Emphysema</b> <i>Enfisema</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Hepatitis/Jaundice or Liver Disease</b> <i>Hepatitis/Enfermedades del Higado</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Thyroid</b> <i>Thiroides</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Asthma or Hay Fever</b> <i>Asma o Catarro Asmatico</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Prosthesis or Artificial Limb</b> <i>Protesis o Miembro Artificial</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Gall Bladder</b> <i>Vesicula Biliar</i>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Is there any other medical condition we should know about?</b> <i>¿Tiene algun otro problema medico que debemos saber?</i>						

I acknowledge that local anesthesia may be used for certain dental procedures, and by signing below provide my consent that such anesthesia may be used for my son/daughter as deemed necessary by the dentist.

*Yo acepto que la anestesia local puede usarse para ciertos procedimientos dentales, y al firmar doy mi consentimiento que dicha anestesia puede usarse con mi hijo(a) como lo crea necesario el dentista.*

Signature of parent or guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
*Firma de Guardian Fecha*

Signature of Dentist \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_