

HEALTH QUESTIONNAIRE

Patient Name _____
 Sex _____ Age _____ Height _____ Weight _____
 Date _____ Occupation _____
 Marital Status _____

Directions

Please circle the appropriate answer to the questions and fill in the blanks where indicated. Answer all questions and blanks completely. Answers to the following questions are for our records and will be considered confidential.

1. Are you in good health.....Yes No
 A. Has there been any change in your general health.....Yes No
2. My last physical examination was on _____
3. Are you now under the care of a physician.....Yes No
 A. If so, what is the condition being treated _____
4. The name and address of my physician is: _____

5. Have you had a serious illness or operation.....Yes No
 A. If so, what was the illness or operation: _____
6. Have you been hospitalized or had serious illness within the last five (5) years.....Yes No
 A. Do you have a persistent cough or cough up blood.....Yes No
 B. Low Blood Pressure.....Yes No
 C. Venereal Disease.....Yes No
 D. AIDS or HIV+Yes No
 E. Other _____
7. Have you had abnormal bleeding associated with previous extractions, surgery or trauma.....Yes No
 A. Do you bruise easily.....Yes No
 B. Have you ever required a blood transfusion.....Yes No
 If so, explain _____
8. Do you have any blood disorders such as anemia.....Yes No
9. Have you had surgery or x-ray treatment for a tumor growth or other condition of your mouth or lips.....Yes No
10. Are you taking any drug or medication.....Yes No
 If so, what _____
11. Are you taking any of the following:
 A. Antibiotics or sulfa drugs.....Yes No
 B. Anticoagulants (Blood Thinners).....Yes No
 C. Medicine for High Blood Pressure.....Yes No
 D. Cortisone (Steroids).....Yes No
 E. Tranquilizers.....Yes No
 F. Aspirin.....Yes No
 G. Insulin, Tolbutamide (Orinase) or similar drug.....Yes No
 H. Are you taking or have taken **Oral Bisphosphonates**, e.g., **FOSAMAX, ACTONEL, BONIVA** or **IV Bisphosphonates**, e.g., **ZOMETA** or **AREDIA**.....Yes No
 If so, for how long? _____
 I. Digitalis or drugs for heart trouble.....Yes No
 J. Nitroglycerin.....Yes No
 K. Fen-Phen (now or in the past).....Yes No
 L. Oral Contraceptives.....Yes No
 If so, what are you taking _____
 M. Other _____

12. Do you have a heart murmur/mitral valve prolapse.....Yes No
13. Do you have any implants and /or Prosthesis i.e. kneejoints, elbow pins, etc.).....Yes No
14. Do you drink alcoholic beverages.....Yes No
15. Do you smoke.....Yes No
 If so, How much? _____
16. Do you have or have you had any of the following diseases or problems:
 A. Rheumatic fever or rheumatic heart disease.....Yes No
 B. Congenital heart lesions.....Yes No
 C. Cardiovascular disease (heart trouble, heart attack, coronary occlusion, high blood pressure, arteriosclerosis or stroke).....Yes No
 1. Do you have pain in the chest upon exertion.....Yes No
 2. Are you ever short of breath after mild exercise.....Yes No
 3. Do you get short of breath when you lie down or do you require extra pillows when you sleep.....Yes No
 D. Allergy.....Yes No
 E. Asthma or Hay Fever.....Yes No
 F. Hives or skin rash.....Yes No
 G. Fainting spells or seizures.....Yes No
 H. Diabetes.....Yes No
 1. Do you have to urinate (pass water) more than six (6) times a day.....Yes No
 2. Are you thirsty much of the time.....Yes No
 3. Does your mouth frequently become dry.....Yes No
 I. Hepatitis, Jaundice or Liver Disease.....Yes No
 J. Arthritis.....Yes No
 K. Inflammatory rheumatism (painful swollen joints).....Yes No
 L. Stomach Ulcers.....Yes No
 M. Kidney Trouble.....Yes No
 N. Tuberculoses.....Yes No
17. Are you allergic or have you reacted adversely to:
 A. Local anesthetic.....Yes No
 B. Penicillin or other antibiotics.....Yes No
 C. Barbiturates, sedatives or sleeping pills.....Yes No
 D. Sulfa Drugs.....Yes No
 E. Aspirin.....Yes No
 F. Iodine.....Yes No
 G. Latex.....Yes No
 H. _____
18. Have you had any serious trouble associated with previous dental treatment.....Yes No
 If so, explain _____
19. Are you pregnant or could you be.....Yes No
 If so, when are you due _____

I certify to the best of my knowledge that the above information is correct and that if there are any changes in the above, I agree to notify my dentist before my next visit.

Patient/Guardian _____ Date _____

Doctor _____ Date _____

Updates:

Patient/Guardian _____	Doctor's Initials _____	Date _____
Patient/Guardian _____	Doctor's Initials _____	Date _____
Patient/Guardian _____	Doctor's Initials _____	Date _____
Patient/Guardian _____	Doctor's Initials _____	Date _____

INFORMACION DE SALUD

Nombre del paciente _____
 Sexo _____ Edad _____ Altura _____ Peso _____
 Fecha de nacimiento _____ Ocupacion _____
 Estado Civil _____

Direcciones

Favor de circular la respuesta apropiada y escriba en las lineas cuando se le indique. Por favor conteste todas las preguntas:

Las respuestas a las siguientes preguntas son para nuestros records y son consideradas confidenciales.

1. ¿Esta en buena salud? Si No
 A. ¿Ha habido algun cambio in su salud general? Si No
2. Mi ultimo examen fisico fue en _____
3. ¿Esta usted bajo cuidado medico? Si No
 A. ¿Si es asi, cual es la condicion que el medico esta tratando? _____
4. La direccion y el nombre de mi doctor es: _____

5. ¿Ha tenido alguna enfermedad seria u operacion? Si No
 A. Cual fue la enfermedad u operacion: _____

6. ¿Ha estado Hospitalizado o tenido una enfermedad seria en los ultimos cinco (5) anos? Si No
 A. ¿Tiene una tos persistente o tos con sangre? Si No
 B. ¿Presion baja? Si No
 C. ¿Enfermedades venereas? Si No
 D. SIDA o HIV positiva Si No
 E. ¿Otro enfermedad? _____
7. ¿Ha tenido algun sangramiento extremo asociado con extracciones, cirugias o traumas previas? Si No
 A. Se le forman moretones facilmente Si No
 B. ¿Ha requerido de alguna transfusion de sangre? Si No
 Si es asi, explique las circunstancias por favor. _____
8. ¿Tiene algun desorden de la sangre; por exemplo, anemia? Si No
9. ¿Ha tenido alguna cirugia o tratamiento de rayos-x asociados algun tumor on la boca o en los abios? Si No
10. ¿Esta tomando algun medicamento o droga? Si No
 ¿Cual? _____
11. Esta tomando algo de lo siguiente:
 A. Antibioticos o drogas de sulfá Si No
 B. Anticuaulantes Si No
 C. Medicina para la presion alta Si No
 D. Cortisona Si No
 E. Tranquilizantes Si No
 F. Aspirina Si No
 G. Insulina, Tolbutamide (Orinase) o alguna droga similar Si No
 H. Digitalis o drogas para problemas del corazon Si No
 I. Nitroglicerina Si No
 J. Anticonceptivos Si No
 ¿Cual usa? _____
 K. Otro _____

12. ¿Tiene soplos en el corazon/valvula mitral? Si No
13. ¿Tiene algun implante y/o protesis (de los rodillos o codos, por ejemplo)? Si No
 Explique: _____
14. ¿Toma bebidas alcoholicas? Si No
15. ¿Fuma? Si No
 ¿Cuanto? _____
16. Tiene o a tenido alguno de los siguientes problemas o enfermedades:
 A. ¿Fiebre reumatica o enfermedad del corazon reumatica? Si No
 B. ¿Lesion del corazon congenita? Si No
 C. ¿Enfermedades cardiovasculares, (problemas del corazon, ataques al corazon, alta presion, arteriosclerosis, infarto)? Si No
 1) ¿Le duele al pecho cuando so ejercita? Si No
 2) ¿Se queda falto do aliento despues de hacer ejercicio? Si No
 3) ¿Le falta el alient cuando se acuesta y requiere de almohadas extras para dormir? Si No
 D. ¿Alergias? Si No
 E. ¿Asma? Si No
 F. ¿Enfermedades de la piel? Si No
 G. ¿Mareos o ataques? Si No
 H. ¿Diabetes? Si No
 1) ¿Usted orina mas de seis (6) veces al dia? Si No
 2) ¿Casi todo el tiempo tiene sed? Si No
 3) ¿Su boca esta frecuentemente seca? Si No
 I. ¿Hepatitis, problemas del higado? Si No
 J. ¿Artritis? Si No
 K. ¿Reumatismo inflamatorio (dolorosas coyunturas)? Si No
 L. ¿Ulceras en el estomago? Si No
 M. ¿Problemas del rinon? Si No
 N. ¿Tuberculosis? Si No
17. Es alergico o ha reaccionado adversamente a:
 A. ¿Anestesia local? Si No
 B. ¿Penicilina u otros antibioticos? Si No
 C. ¿Sedantes o pastillas para dormir? Si No
 D. ¿Drogas de sulfá? Si No
 E. Aspirina Si No
 F. Iodo Si No
 G. Otro: _____

18. ¿Ha tenido algun problema serio asociado con tratamiento dental previo? Si No
 Explique: _____

19. ¿Esta o podria estar embarazada? Si No
 ¿Si is asi, cual es la fecha de su parto? _____

Yo certifico a lo mejor de mi conocimiento que la informacion antes mencionada es correcta y si hay algun cambio in mi salud, yo me compromito a notificar a mi dentista ante de mi siguiente visita.

Paciente _____ Fecha _____

Doctor _____ Fecha _____

Updates:

Patient _____	Doctor's Initials _____	Date _____
Patient _____	Doctor's Initials _____	Date _____
Patient _____	Doctor's Initials _____	Date _____