

**Sun Dental Group P.A.  
12665 Bissonnet Street  
Houston, TX 77099  
281-495-8300 Office  
281-495-8301 Fax**

**Davin Odia D.D.S.**

**Consent To Treat and Release Of Information**

I, (mother, father, guardian's name, or self) \_\_\_\_\_ authorize Dr. Davin Odia, Sun Dental Group P.A. and it's staff to perform any necessary services needed during diagnosis and treatment. I understand that dentistry is not an exact science and that, therefore, reputable practitioners cannot fully guarantee results. I acknowledge that no guarantee has been made to me by anyone regarding the dental treatment by which I have requested and authorized. My questions have been answered to my satisfaction. I consent to the proposed treatment. I also authorize the provider to release any information required to process insurance claims and third-party payment collections.

\_\_\_\_\_  
Signature of Patient or Legal Representative

\_\_\_\_\_  
Date

In addition I also acknowledge the following: (Please See Back)

**Acknowledgement Of Receipt Of Notice Of Privacy Practices**

---

**\*You May Refuse To Sign This Acknowledgement\***

I understand that, under the Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996 (HIPPA), I have certain rights to privacy regarding my protected health information. I understand that this information can and will be used to:

- Conduct, plan and direct my treatment and follow-up among the multiple healthcare providers who may be involved in that treatment directly and indirectly.
- Obtain payment from third-party payers.
- Conduct normal healthcare operations such as quality assessments and physician certifications.

I acknowledge that I have received your Notice of Privacy Practices containing a more complete description of the uses and disclosures of my health information. I understand that this organization has the right to change its Notice of Privacy Practices from time to time and that I may contact this organization at any time at the address above to obtain a current copy of the Notice of Privacy Practices.

I understand that I may request in writing that you restrict how my private information is used or disclosed to carry out treatment, payment or health care operations. I also understand you are not required to agree to my requested restrictions, but if you do agree then you are bound to abide by such restrictions.

Patient's Printed Name: \_\_\_\_\_

Relationship To Patient: \_\_\_\_\_  
(Self, Mother, Father, etc.)

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

---

**OFFICE USE ONLY**

I attempted to obtain the patient's signature in acknowledgement on this Notice of Privacy Practices Acknowledgement, but was unable to do so as documented below:

Date	Initials	Reason



# Child Health/Dental History Form

Patient's Name LAST FIRST INITIAL			Nickname	Date of Birth	
Parent's/Guardian's Name			Relationship to Patient		
Address PO OR MAILING ADDRESS CITY STATE ZIP CODE					
Phone Home Work			Sex M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
Have you (the parent/guardian) or the patient had any of the following diseases or problems? ..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No 1. Active Tuberculosis, 2. Persistent cough greater than a three-week duration, 3. Cough that produces blood? <b>If you answer yes to any of the three items above, please stop and return this form to the receptionist.</b>					
<b>Has the child had any history of, or conditions related to, any of the following:</b>					
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Epilepsy	<input type="checkbox"/> HIV +/-AIDS	<input type="checkbox"/> Mononucleosis	<input type="checkbox"/> Thyroid
<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> Cerebral Palsy	<input type="checkbox"/> Fainting	<input type="checkbox"/> Immunizations	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Tobacco/Drug Use
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Chicken Pox	<input type="checkbox"/> Growth Problems	<input type="checkbox"/> Kidney	<input type="checkbox"/> Pregnancy (teens)	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Bladder	<input type="checkbox"/> Chronic Sinusitis	<input type="checkbox"/> Hearing	<input type="checkbox"/> Latex allergy	<input type="checkbox"/> Rheumatic fever	<input type="checkbox"/> Venereal Disease
<input type="checkbox"/> Bleeding disorders	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Heart	<input type="checkbox"/> Liver	<input type="checkbox"/> Seizures	<input type="checkbox"/> Other _____
<input type="checkbox"/> Bones/Joints	<input type="checkbox"/> Ear Aches	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Measles	<input type="checkbox"/> Sickle cell	
<b>Please list the name and phone number of the child's physician:</b>					
Name of Physician _____			Phone _____		

## Child's History

	Yes	No
1. Is the child taking any prescription and/or over the counter medications or vitamin supplements at this time? ..... If yes, please list: _____	1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Is the child allergic to any medications, i.e. penicillin, antibiotics, or other drugs? If yes, please explain: _____	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Is the child allergic to anything else, such as certain foods? If yes, please explain: _____	3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. How would you describe the child's eating habits? _____		
5. Has the child ever had a serious illness? If yes, when: _____ Please describe: _____	5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Has the child ever been hospitalized? .....	6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Does the child have a history of any other illnesses? If yes, please list: _____	7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Has the child ever received a general anesthetic? .....	8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Does the child have any inherited problems? .....	9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Does the child have any speech difficulties? .....	10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Has the child ever had a blood transfusion? .....	11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Is the child physically, mentally, or emotionally impaired? .....	12. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Does the child experience excessive bleeding when cut? .....	13. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Is the child currently being treated for any illnesses? .....	14. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Is this the child's first visit to a dentist? If not the first visit, what was the date of the last dentist visit? Date: _____	15. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Has the child had any problem with dental treatment in the past? .....	16. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Has the child ever had dental radiographs (x-rays) exposed? .....	17. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Has the child ever suffered any injuries to the mouth, head or teeth? .....	18. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Has the child had any problems with the eruption or shedding of teeth? .....	19. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Has the child had any orthodontic treatment? .....	20. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. What type of water does your child drink? <input type="checkbox"/> City water <input type="checkbox"/> Well water <input type="checkbox"/> Bottled water <input type="checkbox"/> Filtered water		
22. Does the child take fluoride supplements? .....	22. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Is fluoride toothpaste used? .....	23. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. How many times are the child's teeth brushed per day? _____ When are the teeth brushed? _____	24. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Does the child suck his/her thumb, fingers or pacifier? .....	25. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. At what age did the child stop bottle feeding? Age _____ Breast feeding? Age _____		
27. Does child participate in active recreational activities? .....	27. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**NOTE: Both doctor and patient are encouraged to discuss any and all relevant patient health issues prior to treatment.**

I certify that I have read and understand the above. I acknowledge that my questions, if any, about inquiries set forth above have been answered to my satisfaction. I will not hold my dentist, or any other member of his/her staff, responsible for any action they take or do not take because of errors or omissions that I may have made in the completion of this form.

Parent's/Guardian's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

<p><b>For completion by dentist</b></p> <p>Comments _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--

**For Office Use Only:**  Medical Alert  Premedication  Allergies  Anesthesia Reviewed by \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_



Nombre del Paciente <small>ULTIMA INICIAL                                  PRIMERA INICIAL</small>	Apellido	Fecha de Nacimiento
Nombre del Padre/Madre/Encargado	Parentesco/Relación con el Paciente	
Dirección <small>DIRECCIÓN POSTAL</small>	<small>CIUDAD</small>	<small>ESTADO</small> <small>CÓDIGO POSTAL</small>
Teléfono <small>Casa                                  Trabajo</small>	Sexo    M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	

¿Ha tenido usted (padre/ madre/ encargado) o el paciente alguna de estas enfermedades o problemas? .....  Sí  No  
 1. Tuberculosis activa,    2. Tos persistente que ha durado más de tres semanas,    3. Tos que produce sangre?

**Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos tres problemas, deténgase por favor y devuelva este formulario a la recepcionista.**

### Ha tenido el niño un historial médico, o condiciones relacionadas con lo que sigue?

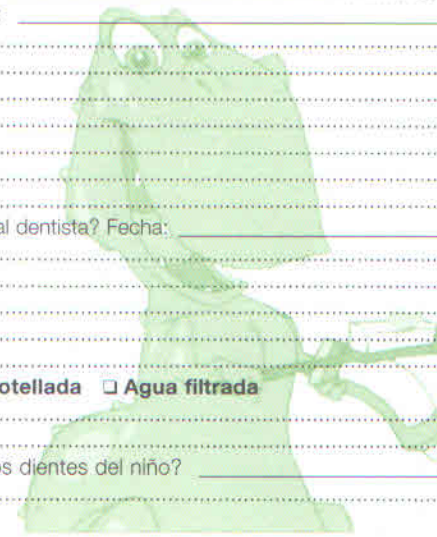
- |  |  |   |   |  |  |
|--|--|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia                    | <input type="checkbox"/> Huesos/Articulaciones | <input type="checkbox"/> Dolor de oídos               | <input type="checkbox"/> Corazón                  | <input type="checkbox"/> Hígado                  | <input type="checkbox"/> Ataques epilépticos                   |
| <input type="checkbox"/> Artritis                  | <input type="checkbox"/> Cáncer                | <input type="checkbox"/> Epilepsia                    | <input type="checkbox"/> Hepatitis                | <input type="checkbox"/> Sarampión               | <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica (drepanocitosis) |
| <input type="checkbox"/> Asma                      | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral    | <input type="checkbox"/> Desmayos                     | <input type="checkbox"/> VIH +/SIDA               | <input type="checkbox"/> Mononucleosis           | <input type="checkbox"/> Tiroides                              |
| <input type="checkbox"/> Vejiga                    | <input type="checkbox"/> Varicela              | <input type="checkbox"/> Alteraciones del crecimiento | <input type="checkbox"/> Inmunizaciones (Vacunas) | <input type="checkbox"/> Paperas (parotiditis)   | <input type="checkbox"/> Uso de tabaco/ drogas                 |
| <input type="checkbox"/> Alteraciones Hemorrágicas | <input type="checkbox"/> Sinusitis Crónica     | <input type="checkbox"/> Oído                         | <input type="checkbox"/> Riñones                  | <input type="checkbox"/> Embarazo (adolescencia) | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                          |
|  | <input type="checkbox"/> Diabetes              |   | <input type="checkbox"/> Alergia al látex         | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática        |  |

Por favor anote el nombre y el número de teléfono del médico del niño:

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## Historia del Niño

- |   | Si                           | No                       |
|---|------------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Está el niño tomando algún remedio recetado y/o no recetado o suplementos vitamínicos en este momento? Si es así, por favor haga una lista: _____   | 1. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Es el niño alérgico a algunos remedios, i.e. penicilina, antibióticos o a otros fármacos? Si es así, explique for favor: _____  | 2. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Es el niño alérgico a alguna otra cosa, como ciertos alimentos? Si es así, explique for favor _____   | 3. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 4. Cómo describiría los hábitos alimentarios del niño? _____  |                              |                          |
| 5. ¿Ha tenido el niño una enfermedad grave alguna vez? Si es así, ¿cuándo?: _____ Describala por favor: _____   | 5. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha sido el niño hospitalizado alguna vez? _____   | 6. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Tiene el niño un historial clínico por alguna otra enfermedad? Si es así, haga una lista por favor: _____   | 7. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Ha recibido el niño alguna vez un anestésico general? _____   | 8. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Tiene el niño alguna condición hereditaria? _____   | 9. <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Tiene el niño algún defecto del habla? _____   | 10. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Ha tenido el niño alguna vez una transfusión sanguínea? _____  | 11. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Tiene el niño alguna minusvalía física, mental o emocional? _____  | 12. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Sufre el niño un sangramiento excesivo cuando se corta? _____  | 13. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Está el niño recibiendo tratamiento por alguna enfermedad actualmente? _____   | 14. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Es esta la primera visita al dentista del niño? Si no es así, ¿cuál fué la fecha de su última visita al dentista? Fecha: _____   | 15. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Ha tenido el niño algún problema con un tratamiento dental en el pasado? _____   | 16. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Le han tomado al niño una radiografía (rayos X) alguna vez? _____  | 17. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. ¿Ha sufrido el niño alguna vez lesiones en la boca, en la cabeza o en los dientes? _____  | 18. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. ¿Ha tenido el niño algún problema con la erupción o con el recambio de dientes? _____   | 19. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. ¿Ha tenido el niño algún tratamiento de ortodoncia? _____   | 20. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>21. ¿Qué tipo de agua bebe su niño?    <input type="checkbox"/> Agua doméstica    <input type="checkbox"/> Agua de pozo    <input type="checkbox"/> Agua embotellada    <input type="checkbox"/> Agua filtrada</b> |                              |                          |
| <b>22. ¿Toma el niño suplementos fluorados?</b> _____   | 22. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>23. ¿Usa dentífricos fluorados?</b> _____  | 23. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. ¿Cuántas veces al día se cepillan los dientes del niño? _____ ¿A qué horas se cepillan los dientes del niño? _____  | 24. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. ¿Se chupa el niño/a su dedo pulgar, otros dedos o un chupete? _____   | 25. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. ¿A qué edad dejó el niño de usar el biberón? Edad _____ ¿La lactancia materna? Edad _____   |                              |                          |
| 27. ¿Participa el niño en actividades recreativas enérgicas? _____  | 27. <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**NOTA: Se encarece tanto al doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes de empezar el tratamiento.** Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por las medidas que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/ Apoderado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### A ser completado por el odontólogo/a

Comentarios \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Sólo Para Uso de la Oficina:**     Alerta Médica     Premedicación     Alergias     Anestesia    Revisado por \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_



### HEALTH HISTORY FORM

Name: \_\_\_\_\_ Home Phone: ( ) \_\_\_\_\_ Business Phone: ( ) \_\_\_\_\_  
LAST FIRST MIDDLE  
 Address: \_\_\_\_\_ City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_  
P.O. BOX or Mailing Address  
 Occupation: \_\_\_\_\_ Height: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Sex: M  F   
 SS#: \_\_\_\_\_ Emergency Contact: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_ Phone: ( ) \_\_\_\_\_

If you are completing this form for another person, what is your relationship to that person?  
NAME RELATIONSHIP

For the following questions, please (X) whichever applies, your answers are for our records only and will be kept confidential in accordance with applicable laws. Please note that during your initial visit you will be asked some questions about your responses to this questionnaire and there may be additional questions concerning your health. This information is vital to allow us to provide appropriate care for you. This office does not use this information to discriminate.

### DENTAL INFORMATION

	Yes	No	Don't Know	
Do your gums bleed when you brush?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	How would you describe your current dental problem?
Have you ever had orthodontic (braces) treatment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Are your teeth sensitive to cold, hot, sweets or pressure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date of your last dental exam:
Do you have earaches or neck pains?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Have you had any periodontal (gum) treatments?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date of last dental x-rays:
Do you wear removable dental appliances?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Have you had a serious/difficult problem associated with any previous dental treatment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	What was done at that time?
If yes, explain: _____				_____
				How do you feel about the appearance of your teeth?
				_____

### MEDICAL INFORMATION

	Yes	No	Don't Know	
<b>If you answer yes to any of the 3 items below, please stop and return this form to the receptionist.</b>				
Have you had any of the following diseases or problems?				Are you taking or have you recently taken any medicine(s) including non-prescription medicine?
Active Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Persistent cough greater than a 3 week duration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	If yes, what medicine(s) are you taking?
Cough that produces blood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Are you in good health?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prescribed: _____
Has there been any change in your general health within the past year?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Over the counter: _____
Are you now under the care of a physician?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vitamins, natural or herbal preparations and/or diet supplements: _____
If yes, what is/are the condition(s) being treated?				_____
_____				Are you taking, or have you taken, any diet drugs such as Pondimin (fenfluramine), Redux (dexphenfluramine) or phen-fen (fenfluramine-phentermine combination)?
Date of last physical examination: _____				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Physician: _____				Do you drink alcoholic beverages?
<small>NAME PHONE</small>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<small>ADDRESS CITY/STATE ZIP</small>				If yes, how much alcohol did you drink in the last 24 hours?
<small>NAME PHONE</small>				_____
<small>ADDRESS CITY/STATE ZIP</small>				In the past week?
Have you had any serious illness, operation, or been hospitalized in the past 5 years?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Are you alcohol and/or drug dependent?
If yes, what was the illness or problem?				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____				If yes, have you received treatment? (circle one) Yes / No
_____				_____
_____				Do you use drugs or other substances for recreational purposes?
_____				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____				If yes, please list: _____
_____				Frequency of use (daily, weekly, etc.): _____
_____				Number of years of recreational drug use: _____
_____				Do you use tobacco (smoking, snuff, chew)?
_____				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
_____				If yes, how interested are you in stopping?
_____				(circle one) Very / Somewhat / Not interested
_____				Do you wear contact lenses?
_____				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

PLEASE COMPLETE BOTH SIDES



Yes No Know

Yes No Know

Are you allergic to or have you had a reaction to?

- Local anesthetics
Aspirin
Penicillin or other antibiotics
Barbiturates, sedatives, or sleeping pills
Sulfa drugs
Codeine or other narcotics
Latex
Iodine
Hay fever/seasonal
Animals
Food (specify)
Other (specify)
Metals (specify)

- Have you had an orthopedic total joint (hip, knee, elbow, finger) replacement?
If yes, when was this operation done?
If you answered yes to the above question, have you had any complications or difficulties with your prosthetic joint?
Has a physician or previous dentist recommended that you take antibiotics prior to your dental treatment?
If yes, what antibiotic and dose?
Name of physician or dentist\*:
Phone:

To yes responses, specify type of reaction.

WOMEN ONLY

- Are you or could you be pregnant?
Nursing?
Taking birth control pills or hormonal replacement?

Please (X) a response to indicate if you have or have not had any of the following diseases or problems.

- Abnormal bleeding
AIDS or HIV infection
Anemia
Arthritis
Rheumatoid arthritis
Asthma
Blood transfusion. If yes, date:
Cancer/Chemotherapy/Radiation Treatment
Cardiovascular disease. If yes, specify below:
Angina
Arteriosclerosis
Artificial heart valves
Congenital heart defects
Congestive heart failure
Coronary artery disease
Damaged heart valves
Heart attack
Chest pain upon exertion
Chronic pain
Disease, drug, or radiation-induced immunosuppression
Diabetes. If yes, specify below:
Type I (Insulin dependent)
Type II
Dry Mouth
Eating disorder. If yes, specify:
Epilepsy
Fainting spells or seizures
Gastrointestinal disease
G.E. Reflux/persistent heartburn
Glaucoma

- Hemophilia
Hepatitis, jaundice or liver disease
Recurrent infections
If yes, indicate type of infection:
Kidney problems
Mental health disorders. If yes, specify:
Malnutrition
Night sweats
Neurological disorders. If yes, specify:
Osteoporosis
Persistent swollen glands in neck
Respiratory problems. If yes, specify below:
Emphysema
Bronchitis, etc.
Severe headaches/migraines
Severe or rapid weight loss
Sexually transmitted disease
Sinus trouble
Sleep disorder
Sores or ulcers in the mouth
Stroke
Systemic lupus erythematosus
Tuberculosis
Thyroid problems
Ulcers
Excessive urination
Do you have any disease, condition, or problem not listed above that you think I should know about?
Please explain:

NOTE: Both Doctor and patient are encouraged to discuss any and all relevant patient health issues prior to treatment. I certify that I have read and understand the above. I acknowledge that my questions, if any, about inquiries set forth above have been answered to my satisfaction.

SIGNATURE OF PATIENT/LEGAL GUARDIAN DATE

FOR COMPLETION BY DENTIST

Comments on patient interview concerning health history:
Significant findings from questionnaire or oral interview:
Dental management considerations:

Health History Update: On a regular basis the patient should be questioned about any medical history changes, date and comments notated, along with signature.

Date Comments Signature of patient and dentist



# Formulario para la Historia de Salud

E-mail:

Fecha de hoy:

Como lo requiere la ley, nuestra oficina se adhiere a las políticas y a los procedimientos escritos para proteger la privacidad de la información que creamos, que recibimos o que mantenemos sobre usted. Sus respuestas son para nuestros registros solamente y se mantendrán en forma confidencial de acuerdo a las leyes vigentes. Por favor, advierta que se le harán algunas preguntas sobre sus respuestas a este cuestionario y que pueden hacerle preguntas adicionales respecto a su salud. Esta información es vital y nos permitirá entregarle una atención apropiada. Esta oficina no usará estos datos para hacer discriminaciones.

Nombre:			Teléfono de Casa; <i>Incluya código del área</i>		Teléfono de Oficina/Celular; <i>Incluya código del área</i>	
Apellido	Nombre	2o Nombre	( )	( )	( )	( )
Dirección:			Ciudad:		Estado:	
Dirección postal					Código postal:	
Ocupación:			Altura:	Peso:	Fecha de nacimiento:	Sexo: M F
SS# o ID del Paciente:		Contacto en Emergencias:		Parentesco:	Teléfono:	Teléfono celular:
					( )	( )
					<i>Incluya código del área</i>	
Si usted está llenando este formulario para otra persona, qué parentesco tiene con esa persona?						
Su Nombre			Parentesco			
<b>Tiene alguna de estas enfermedades o problemas:</b> <span style="float: right;"><i>(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)</i></span>						
Tuberculosis activa .....					Sí	No
Tos persistente de más de 3 semanas de duración .....					NS	
Tos que produce sangre .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha estado en contacto con alguien que tiene tuberculosis .....					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si su respuesta es Sí a cualquiera de estos 4 problemas, por favor deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.</b>						

## Información Dental En las preguntas siguientes haga el favor de marcar su respuesta con una (X) donde corresponda.

	Sí	No	NS		Sí	No	NS
Le sangran las encías cuando se cepilla o cuando usa seda dental? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sufre de dolor de oídos o del cuello? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le duelen los dientes con el frío, calor, con los dulces o al presionar? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene algún ruido, salto o molestia en la mandíbula? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le quedan alimentos o seda dental atrapados entre los dientes? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene bruxismo o hace rechinar los dientes? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sufre de boca seca? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene lesiones o úlceras en su boca? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido algún tratamiento periodontal (de la encía)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa dentaduras (placas) completas o parciales? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido tratamientos de ortodoncia (con aparatos)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Participa en actividades enérgicas de recreación? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha tenido algún problema asociado con un tratamiento dental anterior? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha sufrido alguna lesión grave en la cabeza o en la boca? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Está fluorada el agua que llega a su casa? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha de su último examen dental:			
Bebe usted agua embotellada o filtrada? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qué le hicieron en esa ocasión?			
Si es así, con qué frecuencia? Marque su respuesta con un círculo: A DIARIO / SEMANALMENTE / OCASIONALMENTE				Fecha de su última radiografía dental:			
Tiene dolor o molestias dentales en este momento? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Cuál es el motivo de su visita al dentista hoy?							
Cómo se siente con su sonrisa?							

## Información Médica Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

	Sí	No	NS		Sí	No	NS
Se encuentra ahora bajo el cuidado de un médico? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ha tenido alguna enfermedad grave, operación o ha sido hospitalizado/a en los últimos 5 años? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médico: _____				Si es así, cuál fue la enfermedad o el problema?			
Nombre							
Teléfono: <i>Incluya código del área</i>							
( )							
Dirección/Ciudad/Estado/Código:				Está tomando o ha tomado recientemente algún medicamento recetado o sin receta? .....			
				<input type="checkbox"/>			
				Si es así, por favor indique cuáles son, incluyendo vitaminas, preparados naturales o a base de hierbas y/o suplementos dietéticos:			
Se encuentra usted sano/a? .....				<input type="checkbox"/>			
Ha habido algún cambio en su salud general durante el último año? .....				<input type="checkbox"/>			
Si es así, qué condición le están tratando?				_____			
				_____			
Fecha de su último examen médico:				_____			
				_____			



# Información Médica Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

<b>(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>
Usa lentes de contacto? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa sustancias reguladas (drogas)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Articulaciones Artificiales.</b> Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación? .....				Si es así, le interesaría dejar de hacerlo? (marque con un círculo) MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA			
Está tomando o tiene que empezar a tomar uno de estos medicamentos, alendronato (Fosamax®) o risedronato (Actonel®) por osteoporosis o enfermedad de Paget? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bebe bebidas alcohólicas? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desde 2001, ha sido o está siendo tratado/a, o tiene que empezar un tratamiento con estos bisfosfonatos intravenosos (Aredia® o Zometa®) por dolor en los huesos, hipercalcemia o por alteraciones esqueléticas resultantes de la enfermedad de Paget, del mieloma múltiple o de un cáncer metastásico? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas? .....			
Fecha del comienzo del Tratamiento: _____				Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana? .....			
				<b>SÓLO PARA MUJERES</b> Está usted:			
				Embarazada? .....			
				Número de semanas: _____			
				Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal? .....			
				Amamantando? .....			

<b>Alergias - Es usted alérgico - o ha tenido alguna reacción - a:</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>
En todas las respuestas <b>afirmativas</b> , especifique el tipo de reacción.				Metales .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anestésicos locales .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Látex (goma) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspirina .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Yodo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicilina u otros antibióticos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polen (fiebre del heno)/ estacional .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Animales .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sulfas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Codeína u otros narcóticos .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas.

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>NS</b>
Válvula cardíaca artificial (prótesis) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad autoinmune .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Previa endocarditis infecciosa .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoidea .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Válvulas dañadas en corazón trasplantado .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus eritematoso sistémico .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardíaca congénita (ECC)				Asma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECC cianótica, sin reparar .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reparada en los últimos 6 meses (completamente) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECC reparada con defectos residuales .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.				Tuberculosis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad cardiovascular .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer/Quimioterapia/			
Angina .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radioterapia .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arterioesclerosis .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de pecho por esfuerzo .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insuficiencia cardíaca				Dolor crónico .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
congestiva .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Tipo I o II .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Daño en las válvulas cardíacas .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de alimentación .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto del miocardio .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malnutrición .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soplo en el corazón .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad gastrointestinal .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial baja .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reflujo G.E./ardor persistente .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presión arterial alta .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros defectos congénitos				Alteraciones de la tiroides .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
del corazón .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Glaucoma .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber? .....

Explique por favor: \_\_\_\_\_

**NOTA: Se encarece tanto al Doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes del tratamiento.**

Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba y que la información entregada en este formulario es exacta. Comprendo la importancia de que la historia de salud sea fidedigna y de que mi dentista y su personal puedan confiar en ella para realizar mi tratamiento. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún miembro de su personal por las acciones que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/ Apoderado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**A SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO/A**

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_