

Ellen Mark DDS Pediatric Dentist
 520 Cottonwood St. #3 Woodland, CA 95695 (530)662-7558
MEDICAL HISTORY/HISTORIA MEDICA
All answers are confidential / Todas las respuestas son confidenciales

Name: _____ Date of Birth: _____
 Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sex: _____ Social Security Number: _____
 Sexo: _____ Número de Seguro Social: _____

1. Physician's name and phone number:
 Nombre del médico y número de teléfono: _____
2. Date of last medical examination:
 Fecha del examen médico última: _____
3. Are you in good health?
 ¿Está usted en buena salud? ___ Yes ___ No

Check any of the following which you have now or have had in the past
Marque cualquiera de los siguientes elementos que usted tiene o ha tenido en el pasado

	Yes	No		Yes	No		Yes	No
	Si			Si			Si	
Heart Problems Problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma, TB Asma, Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Psychiatric Care/Mental Illness Atención Psiquiátrica/ Enfermedad Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chest pain (Angina) Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Emphysema Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiation Therapy/ Chemotherapy Terapia de Radiación/ Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart Surgery Cirugía de Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinus problem Sinus problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer or tumor Cáncer o un tumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heart Murmur Murmullos de corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fainting/Dizziness Desmayos/ Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rheumatic Fever Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ulcers or stomach problems Úlceras o problemas estomacales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	History of seizures Historia de asimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
High Blood Pressure Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Liver Disease Enfermedades del Hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VD (Syphilis or Gonorrhea) La sífilis o gonorrea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiac Pacemaker Marcapasos cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A, B, C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stroke Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kidney or Bladder Disease Enfermedad del riñón o la vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artificial Joint Articulación artificial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Thyroid Problems Problemas de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Recurrent Illness Recurrente Enfermedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hospitalization Hospitalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. List any disease, conditions or problems not listed above:
 Indique cualquier enfermedad, las condiciones o problemas no mencionados anteriormente: _____

5. Are you taking any medicine at this time including recreational drugs, or alcohol?
 ¿Está tomando alguna medicina en este momento incluyendo las drogas recreativas, o el alcohol?: _____ Yes/Si ___ No

6. Please list any medications you are taking:
 Por favor anote todos los medicamentos que está tomando: _____

7. Have you taken Fen-Phen (diet medication) or Bisphosphanates (Osteoporosis medication)?
 ¿Ha tomado Fen-Phen (medicamento de dieta) o Bisphosphanates (medicamento contra la osteoporosis)?: ___ Yes/Si ___ No

8. Are you allergic to penicillin, aspirin, codeine, anesthetics or Latex?
 ¿Es usted alérgico a la penicilina, aspirina, codeína, anestésicos o de látex?: _____ Yes/Si ___ No

9. List other allergies:
 Lista de otras alergias: _____

10. Have you ever had excessive bleeding which required special treatment?
 ¿Ha tenido sangrado excesivo que requiere un tratamiento especial?: _____ Yes/Si ___ No

11. Are you pregnate or breastfeeding?
 ¿Si eres pregnate o dando pecho?: _____ Yes/Si ___ No

The above is true to the best of my knowledge/ Lo anterior es cierto a lo mejor de mi conocimiento

Patient, Parent or Guardian Signature: _____ Date/Fecha: _____
 Firma del paciente, Padre o Tutor: _____

Dentist's Signature: _____ Date/Fecha: _____
 Firma del dentista: _____