

PREMIER COMMUNITY HEALTHCARE GROUP, INC.

HEALTH HISTORY – DENTAL

PATIENT NAME: _____ **DOB:** _____ **Acct. #:** _____
TODAY'S DATE: _____

EMERGENCY CONTACT: _____ **PHONE:** _____
RELATIONSHIP: _____

Physician _____ Phone _____ Date last exam _____

Are you under medical treatment now?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Have you ever been hospitalized for surgery or illness?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Are you taking medications (drugs) now?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
If yes to any of these questions, please explain: _____ _____ _____		

DO YOU HAVE OR HAVE YOU EVER HAD ANY OF THE FOLLOWING?

- | | | | | | | | | |
|----------------------|------------------------------|-----------------------------|--------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------|------------------------------|-----------------------------|
| High Blood Pressure | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Chest Pains | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Anemia | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Low Blood Pressure | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Swollen Ankles | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Leukemia | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Heart Pacemaker | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Kidney Disease | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Bleeding Problems | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Irregular Heart Beat | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Arthritis | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Thyroid Problems | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Heart Murmur | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Cancer | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | HIV/AIDS | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Tuberculosis(TB) | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Stroke | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Diabetes | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Rheumatic Fever | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Hepatitis/Jaundice | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Stomach Ulcers | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Heart Attack | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Hemophilia | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Liver Disease | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Heart Disease | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Angina | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Radiation Therapy | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Joint Replacement | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Sexual Disease | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Chemotherapy | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| Asthma/Emphysema | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | Seizures | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | | | |
| Last Attack _____ | | | Last Seizure _____ | | | | | |

Please list or explain any other Medical Problem not indicated above: _____

Please list what you are ALLERGIC to or have a REACTION to:

ARE YOU WEARING CONTACT LENSES? Yes No

- Do you use Tobacco? Yes No If yes, please check all that apply Cigarettes Packs per day _____
Chewing Tobacco Cigar
Snuff Pipe
- How many years have you used tobacco? _____ If you quit, when? _____
- Do you sometimes use Marijuana or other drugs socially? Yes No If so, how often? _____
- Do you use Alcohol? Yes No In a week, how much? Beer _____ Wine _____ Liquor _____

TO BE COMPLETED BY FEMALES ONLY

- Are you Pregnant or think you may be Pregnant? Yes No
 - Are you Nursing (breast feeding)? Yes No
 - Are you taking Birth Control Pills? Yes No
 - Do you have problems with your menstrual cycle? Yes No
 - Or if pregnant, your pregnancy? Yes No
- If yes, please explain? _____

DENTAL HISTORY

Last Dental visit was _____ What was done? _____

ARE YOU IN PAIN NOW?

Yes No

If yes, please explain where it is, what it's like and for how long: _____

Comments you would like to share with the Dentist or staff? _____

Patient Signature

PATIENT NAME: _____ **DOB:** _____

Premier Community HealthCare Group, Inc.
Departamento Dental

HISTORIAL DE SALUD

NOMBRE: _____ DOB: _____ Acct. #: _____

FECHA: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ TELÉFONO: _____

RELACIÓN: _____

Doctor: _____ Teléfono: _____ Fecha del último examen: _____

1. ¿Está usted bajo tratamiento médico actualmente? _____ Sí _____ No

2. ¿Ha estado hospitalizado(a) por enfermedad o cirugía? _____ Sí _____ No

3. ¿Está tomando medicamento(s) actualmente? _____ Sí _____ No

Si contesta "sí" a alguna de las preguntas, por favor explique: _____

¿PADECE USTED O HA PADECIDO DE LO SIGUIENTE?

<input type="checkbox"/> Alta Presión	<input type="checkbox"/> Dolor de pecho	<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Baja Presión	<input type="checkbox"/> Tobillos hinchados	<input type="checkbox"/> Leucemia
<input type="checkbox"/> Marcapaso	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones	<input type="checkbox"/> Sangramiento
<input type="checkbox"/> Latido cardiaco irregular	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides
<input type="checkbox"/> Soplo cardiaco	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Hepatitis/Ictericia	<input type="checkbox"/> Úlcera estomacal
<input type="checkbox"/> Ataque del corazón	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática
<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Terapia de radiación
<input type="checkbox"/> Reemplazo de articulación	<input type="checkbox"/> Enfermedad sexual	<input type="checkbox"/> Quimioterapia
<input type="checkbox"/> Asma/Enfisema	<input type="checkbox"/> Convulsiones	
<input type="checkbox"/> Último ataque _____	<input type="checkbox"/> Última convulsión _____	

Por favor mencione cualquier otro problema médico que no haya sido mencionado arriba.

Por favor mencione si es alérgico(a) o ha tenido alguna reacción a algo: _____

HISTORIAL DE SALUD – PÁGINA 2

¿Usa usted lentes de contacto? Sí No

¿Usa usted tabaco? Sí No Si usa tabaco, marque todos los que apliquen:
 mástico tabaco rapé pipa
 fumo cigarros cigarrillos (cajas por día:)

¿Cuántos años ha estado usando tabaco? Si dejó de fumar, ¿cuándo lo hizo? .
¿Usa marihuana u otras drogas socialmente? Sí No Si usa, ¿cuán a menudo?
¿Usa alcohol? Sí No En una semana, ¿cuánto usa? cerveza vino licor

PARA SER COMPLETADO POR MUJERES SOLAMENTE

- * ¿Está usted embarazada o cree estar embarazada? Sí No
 - * ¿Está usted amamantando a su hijo(a)? Sí No
 - * ¿Está tomando pastillas para evitar un embarazo? Sí No
 - * ¿Tiene problemas con su ciclo menstrual o con su embarazo (si está embarazada)? Sí No
- Si tiene problemas, por favor explique:
-
-

HISTORIAL DENTAL

¿Cuándo fué su última visita al dentista y qué le hicieron? .

¿Tiene usted dolor ahora? Sí No

Si tiene dolor, por favor explique dónde tiene el dolor, qué tan fuerte es y por cuánto tiempo lo ha tenido?

Comentarios que quiere usted compartir con el dentista o sus empleados:

FIRMA DEL PACIENTE O GUARDIÁN

NOMBRE:

DOB: