



PATIENT LABEL AREA

DENTAL INTAKE QUESTIONNAIRE

Directions To Patients:

Answers to these questions will help the dentist decide how to best treat your dental problem. Please try to answer each question to the best of your knowledge.

Medical and Social History

1. List all the medications or drugs you are presently taking.

Medications	Reasons
-------------	---------

2. Do you have or have you had any of the following diseases or complications? (If yes, ✓)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Heart Infections | <input type="checkbox"/> High or low blood pressure |
| <input type="checkbox"/> Heart Murmur | <input type="checkbox"/> Stroke |
| <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Endocarditis | <input type="checkbox"/> HIV + |
| <input type="checkbox"/> Heart Attack/Coronary | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Heart Surgery | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Epilepsy (Seizures) |
| <input type="checkbox"/> Hemophilia | <input type="checkbox"/> Knee or hip joint replacement |
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Glaucoma |

Yes | No

- | | |
|--|---|
| 3. Have you been treated by a physician or been in the hospital in the past year? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4. Are you now pregnant or think you are pregnant? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Date expecting: | |
| 5. Are you now taking birth control pills?... .. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 6. Have you been treated for some allergic condition? .. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7. Are you allergic to penicillin?..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 8. Has anyone ever told you not to take a particular drug (aspirin, novacaine, sulfa, etc.)?..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 9. Are there any medications that make you sick or ill?... .. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 10. Do you take medication for nerve or emotional problems? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 11. Have you ever had prolonged bleeding (more than is normal for you) from a cut, injury, or tooth extraction? .. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 12. Have you ever had anemia, low blood or thin blood?... .. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 13. Have you ever had other serious or disabling problems with your blood, spleen or lymph nodes?..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 14. Do you smoke or drink? How Often?: | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 15. Have you ever had blackout or fainting spells (suddenly lost track of things for a few minutes)?..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 16. Have you taken daily cortisone medication (Prednisone) in the past year? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 17. Have you ever had stomach or duodenal ulcers?..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 18. Have you ever had pain in your jaw joint..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 19. Do you have any serious or disabling problems with your bones, joints or muscles?..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 20. Have you had surgery or x-ray treatment for a tumor, growth or other condition of your mouth or lips? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 21. Any other medical problems? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Instrucciones A Los Pacientes:

Respondiendo a estas preguntas ayudará en la decisión para el mejor tratamiento a su problema dental. Trate de contestar cada pregunta.

Historia Medica Y Social

1. Anote las medicinas ó drogas que está tomando.

Medicinas	Razon
-----------	-------

2. ¿Padece o ha padecido de alguna de las siguientes enfermedades? (Si si, ✓)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Infecciones del corazon | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta ó baja |
| <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Endocarditis | <input type="checkbox"/> HIV + / VIH |
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón/coronaria | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Operaciones del corazón | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Angina pectoral | <input type="checkbox"/> Epilepsia ó convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Rodilla o articulación de cadera reemplazo |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Glaucoma |

- | | |
|---|---|
| 3. ¿Ha sido tratado por un médico ó ha estado en el hospital el año pasado? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Está o piensa que puede estar embarazada? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Fecha de espera: | |
| 5. ¿Está tomando pastillas para el control de la natalidad?..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Ha sido tratado por condiciones alérgicas?..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7. ¿Es alérgico a la penicilina? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 8. ¿Le han dicho alguna vez que no tome alguna medicina? (aspirina, novocaina, sulfa, etc.) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿Ha tomado alguna medicina que lo haga sentir mal? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Está tomando medicinas para los nervios o problemas emocionales? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Ha sangrado más de lo normal por una herida o extracción dental? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Ha padecido de anemia? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Ha padecido algún problema serio de la sangre, bazo o glándulas linfáticas? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Fuma o bebe? ¿Cuanto?: | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Ha padecido de desmayos (de pronto ha perdido la noción de las cosas por unos minutos)? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Ha tomado medicina de cortisone diariamente? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 17. ¿Ha padecido de úlceras del estomago o duodenale?..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 18. ¿Ha padecido de dolores en las coyunturas de la quijado o mandibula? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 19. ¿Tiene algun problema serio o incapacitante con sus huesos, coyunturas o musculos? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 20. ¿Ha tenido alguna operacion o tratamiento de rayos-x por un tumor u otra condicion de la boca o labios? | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 21. ¿Padece usted de algun significativo problema medico?..... | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

DENTAL HISTORY

- Yes / No**
1. Why do you want to see a dentist? _____
 2. Have you ever been to a dentist before?
If yes, about when was the last time? _____
For what reason? _____
 3. Have you ever had a complete series of x-rays taken of your teeth?..........
If yes, when was the last: 1 year 2 years 3 yrs or more
 4. How many times a day do you brush your teeth? _____
 5. Has anyone (dentist, hygienist, nurse or physician) ever shown you how to clean your teeth?.....
 6. Do you use dental floss regularly?.....
 7. Have you ever had treatment for your gums?.....
 8. Do your gums bleed or hurt when you brush them?.....
 9. Do your teeth feel loose?..........
 10. Are you sensitive to heat, cold, or sweets?.....
 11. Do any teeth hurt when you chew?.....
 12. Do you clamp, clench, or grind your teeth during the day or night?..........
 13. Have you been aware of any swelling in the face or neck?
 14. Do you have other serious or disabling tooth, gum, or jaw problems?..........
 15. **For Parents:**
Does your child suck his thumb?..........
Does your child go to sleep with the bottle in his/her mouth?..........

To the best of my knowledge, the foregoing medical and dental questions have been accurately answered.

Signature: _____
(If a minor, parent or guardian must sign)

Dentist's Signature: _____

HISTORIA DENTAL

- Si / No**
1. ¿Por que quiere ver un dentista? _____
 2. ¿Ha estado anteriormente en el dentista?
¿Cuándo? ¿Por que razon? _____
 3. ¿Le han-tomado, una serie completa de rayos-x de los dientes?
¿Si si, cuando fue la ultima? 1 año 2 años 3 años o más
 4. ¿Cuántas veces al dia se lava los dientes? _____
 5. ¿Le ha enseñado algun (dentista, higienista, enfermera o medico) como limpiarse los dientes?
 6. ¿Usa hilo dental regularmente?
 7. ¿Ha tenido alguna vez tratamiento para las encias?
 8. ¿Cuando se cepilla los dientes le duelen o sangran las encias?
 9. ¿Se siente sus dientes flojos?
 10. ¿Son sus dientes sensitivos a lo caliente, lo frio, o lo dulce?
 11. ¿Cuando mastica, le duele algun diente o muela?
 12. ¿Fija, aprieta, o masculla usted los dientes durante el dia o la noche?
 13. ¿Se la ha hinchado su cara o cuello?
 14. ¿Tiene algun otro problema serio con sus dientes, encias o mandibula?
 15. **Para los padres:**
¿Se chupa su hijo el dedo?
¿Se duerme su hijo con la botella de leche en la boca?..

He contestado lo mejor y lo mas correcto posible las preguntas anteriores.

Firma: _____
(Si menor, padre o guardian)

Dentist's Signature: _____

EXAMINING DENTIST'S SUMMARY OF SIGNIFICANT MEDICAL FINDINGS:	REVIEW OF HEALTH HISTORY AND MEDICAL RECORD (Update at each recall)	
	Date	Signature
Medical Referral To:		
Dental Precautions:		