

# LINCOLN-LANCASTER COUNTY HEALTH DEPARTMENT DENTAL CLINIC



Nombre (Name) \_\_\_\_\_ Fecha (Date) \_\_\_\_\_

Dirección (Address) \_\_\_\_\_ Ciudad (City) \_\_\_\_\_ Estado (State) \_\_\_\_\_ Código (Zip) \_\_\_\_\_

Edad (Age) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento (Date of Birth) \_\_\_\_\_ Estatura (Height) \_\_\_\_\_ Peso (Weight) \_\_\_\_\_  Hombre (Male)  Mujer (Female)

Teléfono Celular (Cell Phone) \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa (Home Phone) \_\_\_\_\_ Seguro Social (SS#) \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo (Place of Employment) \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo (Work Phone) \_\_\_\_\_

Correo Electrónico (Email) \_\_\_\_\_

Nombre del Esposo(a) (Spouse's Name) \_\_\_\_\_ Teléfono Celular (Cell Phone) \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo (Place of Employment) \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo (Work Phone) \_\_\_\_\_

¿Persona a notificar en caso de emergencia? (Person to contact in case of emergency) \_\_\_\_\_ Teléfono (Phone) \_\_\_\_\_

**RAZÓN DENTAL PARA LA VISITA (Chief Dental Complaint)** \_\_\_\_\_

## HISTORIA MEDICA (MEDICAL HISTORY)

	Si	No		Si	No		Si	No
1) ¿Ha estado usted hospitalizado en los últimos dos años? (Have you been a patient in a hospital during the past two years?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión Arterial Baja (Low Blood Pressure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leucemia (Leukemia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ¿Ha estado usted bajo cuidado médico en los últimos dos años? (Have you been under the care of a medical doctor during the past two years?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión Arterial Alta (High Blood Pressure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cancer o Tumor (Cancer or Tumor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si la respuesta es afirmativa, nombre del Doctor _____ (If yes, physician's name)			Derrame Cerebral (Stroke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terapia de Radiación (Radiation Therapy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ¿Ha tenido una prueba positiva de Tuberculosis de sangre o de piel? (Have you ever had a positive blood or skin test for Tuberculosis?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección del Corazón (Infection in Heart)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quimioterapia (Chemotherapy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Si la respuesta es afirmativa, le han tomado radiografía desde la última prueba positiva? (If yes, have you had a chest x-ray since the positive test?)			Ataque al Corazón (Heart Attack)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Respiratorios (Respiratory Problems)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha (Date) _____ Resultados (Results) _____			Válvula Cardíaca Artificial (Artificial Heart Valve)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre del heno/Alergias (Hay Fever/Allergies)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ¿Actualmente tiene Tuberculosis activa? (Do you have active Tuberculosis?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defectos Congénitos del Corazón (Heart Birth Defects)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma (Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Ha estado expuesto/a a alguien con Tuberculosis activa? (Have you been exposed to anyone with active Tuberculosis?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cansancio Repentino (Easily Winded)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema (Emphysema)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene tos persistente que haya durado más de tres semanas? (Persistent cough greater than 3 week duration?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores en el Pecho/Angina (Chest Pain/Angina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad del Hígado (Liver Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tos que produce sangre? (Cough that produces blood?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos Cardíaco (Cardiac Pacemaker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de los Riñones (Kidney Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ¿Alguna vez ha sangrado usted excesivamente que haya necesitado tratamiento especial? (Have you ever had any excessive bleeding requiring special treatment?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inflamación de Tobillos (Swollen Ankles)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema de Tiroides (Thyroid Problem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) ¿Cuando usted sube escaleras o camina, tiene Ud. que parar algunas veces porque le duele el pecho, o le falta la respiración, o porque se siente cansado(a)? (When you walk upstairs or take a walk, do you ever have to stop because of pain in your chest or shortness of breath, or because you are tired?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aumento de Peso Reciente (Recent Weight Gain)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis (Arthritis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) ¿En el último año ha ganado o ha perdido más de 10 libras? (Have you lost or gained more than 10 pounds in the past year?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reemplazo o Implante de Articulación/Coyuntura (Joint Replacement or Implant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) ¿Despierta Ud. algunas veces de su sueño porque le falta la respiración o suda profusamente? (Do you ever wake up from sleep shortness of breath or sweating heavily?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma (Glaucoma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del Estómago/Ulceras (Stomach Troubles or Ulcers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) ¿Está Ud. en una dieta especial, por orden del doctor o propia? (Are you on a special diet? Doctor's order or self-imposed?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cansancio Frecuente (Frequently Tired)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos/Ataques (Fainting/Seizures)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) ¿Le ha dicho su médico alguna vez que tiene cancer o un tumor? (Has your medical doctor ever said you have cancer or a tumor?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de Peso Reciente (Recent Weight Loss)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia/Convulsiones (Epilepsy/Convulsions)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) ¿Usted fuma o mastica productos de tabaco? (Do you smoke or use smokeless tobacco products such as chewing tobacco?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia (Anemia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastorno de Salud Mental (Mental Health Disorder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Si la respuesta es afirmativa, cuánto por día? _____ (If yes, how much per day?)			Enfermedad de la Sangre (Blood Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) ¿Bebe usted alcohol? (Do you drink alcohol?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis/Ictericia/ Amarillento (Hepatitis/Jaundice)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Si la respuesta es afirmativa, cuántos tragos por semana? _____ (If yes, how many drinks per week?)			Enfermedades Transmitidas Sexualmente (Sexually Transmitted Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) ¿Recientemente usa o ha usado cocaína u otras drogas? (Do you now use or have used in the past cocaine or other drugs?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA o Infección de VIH (AIDS or HIV Infection)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) ¿A estado o está en tratamiento de alcohol o drogas? (Have you or are you in drug and alcohol treatments?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Si la respuesta es afirmativa, cuando? (If yes, when?) _____							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) ¿Usted ha tomado alguna vez Phen-Fen o Redux? (Have you ever taken Phen-Fen or Redux?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16) ¿Tiene otras enfermedades, condiciones, o problemas que no han sido mencionadas?  
(Do you have any disease(s), conditions, or problem(s) not listed?)

Por favor indique (Please list): \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS (MEDICATIONS)**

¿Está tomando usted una de las siguientes medicinas?  
(Are you taking any of the following?)

	Si	No
1) Antibiótico (Antibiotics)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Drogas de sulfa (Sulfa drugs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Anticoagulantes/Drogas para disminuir el espesor de la sangre (Anticoagulants - blood thinners)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Medicina para alta presión de la sangre (Medicine for high blood pressure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Cortison/Esteroides (Cortisone - steroids)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Tranquilizantes (Tranquilizers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Antihistaminicos (Antihistamines)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Medicamentos Antidepresivos/Anti Ansiedad (Antidepressant/Antianxiety Medications)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Aspirinas/Regularmente o con regularidad (Aspirin [regular, ongoing basis])	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Insulina, Orinase o drogas similares (Insulin, Orinase, or similar drug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Digitalis o otra droga para el corazón (Digitalis or other heart drug)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Nitroglicerina (Nitroglycerin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Quimioterapia (Chemotherapy)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Alcohol/Drogas/Adicción a químicos (Alcohol/Drugs - chemically dependent)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Pastillas para dieta (Diet pills)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Vitaminas/Suplementos Herbales (Vitamins, herbal supplements)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Otros medicamentos (Other medications)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Comentarios (Comments) \_\_\_\_\_

**ALERGIAS (ALLERGIES)**

¿Tiene usted alergias o ha tenido reacción a alguno de los siguientes? (Are you allergic to or had a reaction to any of the following?)

	Si	No
1) Anestesia local/Novocaína, etc. (Local anesthetic - Novocaine, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Antibióticos (Antibiotics) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Drogas de sulfa (Sulfa drugs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Latex (Latex)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Barbitúricos, sedativos (Barbiturates, sedatives)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Aspirina (Aspirin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Yodo (Iodine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Codeína o otros narcóticos (Codeine or other narcotics)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Metales/Anillos, aretes, etc. (Metals - rings, earrings, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Otras alergias (Other allergies) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**HISTORIAL DENTAL (DENTAL HISTORY)**

	Si	No
1) ¿Está teniendo dolores dentales? (Are you having dental pain?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ¿Cree tener problemas de encías? (Do you think you have gum problems?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ¿Nota chasquido, ruido seco, dolor en la mandíbula o justo delante de los oídos? (Do you notice popping, clicking, soreness of the jaw or just in front of your ears?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ¿Participa en deportes de contacto? (Are you involved in any contact sports?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ¿Se cepilla los dientes diariamente? (Do you brush daily?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) ¿Usa hilo dental diariamente? (Do you floss daily?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) ¿Ha tenido problema con anestesia local? (Have you ever had problems with local anesthetic?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) ¿Ha tenido extracciones (sacaduras de muelas) difíciles en el pasado? (Have you ever had any difficult extractions (tooth removal) in the past?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) ¿Ha sangrado mucho después de una extracción de diente? (Have you ever had prolonged bleeding following extractions - tooth removal?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) ¿Tiene dentadura postiza parcial o completa? (Do you wear complete or partial dentures?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Por cuántos años ha usado dentaduras? (If so, how many years have you worn dentures?)	_____	
¿Cuántos años tienen sus dentaduras actuales? (How old are your present dentures?)	_____	
11) ¿Cuándo fue su última visita al dentista? (When was your last dental visit?)	_____	
12) ¿Qué le hicieron en la última visita al dentista? (What was done at your last dental visit?)	_____	
	_____	
	_____	
	_____	

**MUJERES (WOMEN)**

	Si	No
1) ¿Está usted embarazada? (Are you pregnant?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) ¿Está usted amamantando? (Are you nursing?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) ¿Tiene o ha tenido problemas menstruales? (Do you have or have you had menstrual problems?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) ¿Está tomando pastillas anticonceptivas? (Are you taking birth control pills?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) ¿Ya ha pasado por la menopausia? (Have you been through menopause?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CONSENTIMIENTO PARATRATAMIENTO (TREATMENT CONSENT)**

Yo certifico que he leído y entiendo la información arriba mencionada. Dentro de mi conocimiento, las respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Yo entiendo que el dar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud. Si existe algún cambio en mi salud o mis medicinas, será mi deber informar al personal dental en la cita que sigue sin fallar. También entiendo la naturaleza de los servicios que me puede prestar la clínica incluyendo posibles riesgos y consecuencias que pueden surgir. Entiendo que pueden haber a mi disposición métodos de tratamiento alternativo, y que aunque todos los procedimientos son considerados como seguros, existe el riesgo de complicaciones o resultados inesperados e indicaciones de emergencia que pueden prevenir el resultado beneficioso que se intentaba o requerir mayor tratamiento. Entiendo que el servicio dental es proveído por dentistas licenciados, higienistas licenciados, o estudiantes de dentistería e higiene dental bajo la supervisión de dentistas licenciados, y doy mi consentimiento para recibir dichos servicios. Yo autorizo al Departamento de Salud del Condado de Lancaster en Lincoln para dar cualquier información incluyendo el diagnóstico de los récords sobre cualquier tratamiento o examen que se me haya dado a mí o a mi hijo(a) durante el período de dicho cuidado Dental a terceras personas o compañía encargadas del pago y/o practicantes de salud.

I certify that I have read and understand the above information. To the best of my knowledge, the above answers are true and correct. I understand that providing incorrect information can be dangerous to my health. If I ever have any change in my health, or if my medicines change, I will inform the dental staff at the next appointment without fail. I understand the nature of the clinical services to be rendered including the possible hazards and side effects that may be involved. I understand that alternative methods of treatment may be available and that while all the procedures are considered safe, there is risk of complications or unanticipated results and emergency indications that may prevent the intended beneficial result or require further treatment. I understand that dental services will be rendered by licensed dentists, licensed dental hygienists, or dental and dental hygiene students under the supervision of licensed dentists, and consent to such services. I authorize the Lincoln-Lancaster County Health Department to release any information including the diagnosis of the records of any treatment or examination rendered to me or my child during the period of such Dental care to third party payors and/or health practitioners.

Firma (Signature) \_\_\_\_\_ Fecha (Date) \_\_\_\_\_