

Mission:

To protect, promote & improve the health of all people in Florida through integrated state, county & community efforts.



Ron DeSantis

Governor

Joseph A. Ladapo, MD, PhD

State Surgeon General

Vision: To be the Healthiest State in the Nation

PATIENT HEALTH HISTORY

Indicate below any of the following which you presently have or have had in the past. Indique Si Tiene o ha tenido en el pasado alguna de las siguientes enfermedades.

- Yes / Si No Latex allergies / Alergias al latex Asthma / Asma Heart murmur / Soplo en el corazón Rheumatic fever / Fiebre Reumática High blood pressure / Presión alta Sickle cell anemia / Celulas de Anemia Diabetes / Diabetes ADD or Hyperactivity / ADD o Hiperactividad Emotional problems / Problemas emocionales Epilepsy or Seizures / Epilepsia Pain in jaw joints / Dolor en la articulación de la mandíbula Autism/Autism Congenital heart lesions / Lesiones congénitas en el corazón Heart disease or attack / Enfermedad o ataque del corazón Angina pectoris / Angina de pecho Artificial heart valve / Válvulas artificiales en el corazón Heart pacemaker / Marcapaso Heart surgery / Cirugia del Corazón Anemia or Blood problems / Anemia o Problemas con la Sangre Dialysis – Kidney (disease) / Diálisis – enfermedad del riñon Artificial joints / Huesos artificiales Glaucoma / Glaucoma Cold sores – Fever blisters / Ulceras en la boca – por fiebre Sinus trouble / Problemas de sinusitis Thyroid disease / Enfermedad de la tiroide HIV-AIDS / HIV-SIDA Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C / epatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C Liver disease / Enfermedad del hígado Blood transfusion / Transfusiones de sangre Hemophilia / Hemofilia Syphilis, Gonorrhoea, Herpes / Sifilis, Gonorrea, Herpes Fainting or Dizziness / Desmayos o Mareos Stroke / Derrame Cerebral Cancer / Cancer Shunt / Drenaje

Please list below any disease or problem not listed above. Por favor, detallar otra condición o enfermedad, sí alguna.

Please indicate below any medications or drugs you are currently taking. **Por favor indicar si esta tomando alguna de las medicinas indicadas.**

Yes / Si	No	
()	()	Antibiotics or Sulfa drugs / Antibióticos o Sulfamida
()	()	Anticoagulants or Blood thinner / Anticuagulantes o Diluyentes de sangre
()	()	Medicine for high blood pressure / Medicina para la presión alta
()	()	Cortisone / Cortisona
()	()	Tranquilizers / Tranquilizantes
()	()	Antihistamines / Antiestaminicos
()	()	Asprin / Aspirinas
()	()	Insulin or Medicine for diabetes / Insulina o Medicina para diabetes
()	()	Digitalis / Digitalina (Diálisis)
()	()	Nitroglycerin / Nitroglicerina
()	()	Other / Otros

Please indicate if you are allergic to any medications or drugs in the list below. **Por favor indicar si es alergico a alguna medina indicadas.**

Yes / Si	No	
()	()	Local anesthetics / Anestesia local
()	()	Penicillin or other antibiotics / Penicilina u otro antibiótico
()	()	Asprin / Aspirina
()	()	Ibuprofen (Motrin, Advil) / Ibuprofen (Motrin, Advil)
()	()	Barbiturates or sedatives / Barbitúrios o sedantes
()	()	Codeine or other narcotics / Codeina u otros narcóticos
()	()	Other / Otros

Yes / Si	No	
()	()	Are you in pain or discomfort at this time? ¿Tiene dolor o molestia en este momento?

Yes / Si	No	
()	()	Are you pregnant? / ¿Está usted embarazada? If yes, what is your due date? / ¿Fecha de alumbramiento? _____

I have answered the questions to the best of my knowledge. I have asked for an explanation of any words I do not know (if any), and my questions have been answered to my satisfaction. I will not hold my dentist, or his/her staff responsible for any errors or omissions that I may have made in the completion of this form.

He contestado las preguntas segun mi mejor conocimiento. He preguntado por una explicación de alguna palabra, y mis preguntas han sido contestadas a mi mejor satisfacción. No responsabilizaré al dentista ni al personal dental por algun error u omisión que yo halla hecho al completar esta forma.

Patient or Legal Guardian Signature
Firma del Paciente o Guardian Legal

Date / Fecha

Signature of Dentist / Firma del Dentista

Date / Fecha