



Longview Dental Clinic
 1057 12th Avenue
 Longview, WA 98632
 Phone: 360-414-1300
 Fax: 360-636-4420

North Beach Dental Clinic
 21610 Pacific Highway
 Ocean Park, WA 98640
 Phone: 360-665-3000
 Fax: 360-665-3096

DATE _____
 PATIENT NAME _____
 PATIENT MRN _____
 PATIENT DOB _____

BP /

HEALTH HISTORY

GENERAL HEALTH QUESTIONS		NO	YES	COMMENTS			
1	Is your general health good?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2	Has there been a change in your health within the last year?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3	Have you been hospitalized or had a serious illness in the last 3 years?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Why?			
4	Are you being treated by a physician now?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	For what?			
5	Have you had problems with prior dental treatment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6	Are you in pain now?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7	Date of your last medical exam: / /	Date of your last dental exam: / /					
HAVE YOU EXPERIENCED		NO	YES	NO	YES		
8	Chest pain (angina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	Sinus problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Swollen ankles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	Dizziness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Shortness of breath, breathing problems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	Fainting spells	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Recent weight loss, fever, night sweats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18	Seizures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Persistent cough, coughing up blood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19	Excessive thirst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Bleeding problems, bruising easily	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20	Jaundice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Diarrhea, constipation, blood in stools	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21	Jaw joint pain, stiffness	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DO YOU HAVE, OR HAVE YOU HAD		NO	YES	NO	YES		
22	Heart disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32	HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Heart attack, or heart surgeries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33	Tumors, leukemia, other cancers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Heart murmurs, heart defects, Mitral Valve Prolapse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34	Asthma, TB, emphysema, other lung diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Rheumatic fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35	Arthritis, rheumatism	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Stroke, hardening of the arteries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36	Blood diseases/disorders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	High blood pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37	Sexually transmitted infections	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Low blood pressure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38	Herpes, cold sores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Stomach problems, ulcers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39	Kidney, bladder disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Hepatitis, other liver diseases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40	Thyroid, adrenal disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Allergies to: medications, food, latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41	Diabetes, hypoglycemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DO YOU RECEIVE, OR HAVE YOU RECEIVED		NO	YES	NO	YES		
42	Psychiatric care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46	Artificial joint	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Radiation treatments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47	Blood transfusion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Chemotherapy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48	Pacemaker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Prosthetic heart valve	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49	Bisphosphonates / medications for bone density	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ARE YOU TAKING		NO	YES	NO	YES		
50	Recreational drugs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52	Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	Any medications or natural remedies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53	Tobacco in any form	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
WOMEN ONLY		NO	YES	NO	YES		
54	Are you/could you be pregnant or nursing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55	Do you take birth control pills	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALL PATIENTS		NO	YES	COMMENTS			
56	Do you have any diseases or medical problems not listed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
To the best of my knowledge, I have answered every question completely and accurately. I will inform my dentist of any change in my health and/or medication.							
Patient/Parent/Guardian Signature: _____				Date: / /			
Dentist Signature: _____				Date: / /			
RECALL REVIEW							
Patient/Parent/Guardian Signature: _____				Date: / /			
Dentist Signature: _____				Date: / /			
Patient/Parent/Guardian Signature: _____				Date: / /			
Dentist Signature: _____				Date: / /			
Patient/Parent/Guardian Signature: _____				Date: / /			
Dentist Signature: _____				Date: / /			



Longview Dental Clinic
1057 12th Avenue
Longview, WA 98632
Phone: 360-414-1300
Fax: 360-636-4420

North Beach Dental Clinic
21610 Pacific Highway
Ocean Park, WA 98640
Phone: 360-665-3000
Fax: 360-665-3096

DATE _____
PATIENT NAME _____
PATIENT MRN _____
PATIENT DOB _____

BP /

HISTORIA MÉDICA

PREGUNTAS GENERALES DE SALUD		NO	SI	COMENTARIOS	
1	¿Su salud general está en buen estado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2	¿Ha habido un cambio en su salud durante el último año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3	¿Ha estado hospitalizado o ha tenido una enfermedad grave en los últimos 3 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Por qué?
4	¿Está recibiendo tratamiento por un médico en este momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		¿Por cuál motivo?
5	¿Ha tenido problemas con algún tratamiento dental en el pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6	¿Siente dolor en este momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7	Fecha de su último examen médico / /			Fecha de su último examen odontológico / /	
USTED HA TENIDO		NO	SI	NO	SI
8	Dolor en el pecho (angina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15	Problemas sinusales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9	Tobillos hinchados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16	Mareo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10	Falta de aire, problemas de respiración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17	Episodios de desmayo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11	Pérdida de peso reciente, fiebre, sudoración nocturna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18	Convulsiones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12	Tos persistente, tos con sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19	Sed excesiva <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13	Problemas de sangrado, fácil aparición de moretones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20	Ictericia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14	Diarrea, estreñimiento, sangre en las heces	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21	Dolor o rigidez en la articulación mandibular <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
USTED TIENE O HA TENIDO		NO	SI	NO	SI
22	Enfermedades cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32	VIH/SIDA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23	Infarto o cirugías cardíacas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33	Tumores, leucemia, otros cánceres <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
24	Soplos cardíacos, defectos cardíacos, prolapso de válvula mitral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34	Asma, TB, enfisema, otras enfermedades pulmonares <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
25	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35	Artritis, reumatismo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26	Derrame cerebral, endurecimiento de las arterias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36	Enfermedades/trastornos de la sangre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37	Infecciones de transmisión sexual <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
28	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38	Herpes, llagas bucales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
29	Problemas estomacales, úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39	Enfermedades del riñón o la vejiga <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
30	Hepatitis, otras enfermedades del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40	Tiroides, enfermedades suprarrenales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
31	Alergias a: medicamentos, alimentos, látex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41	Diabetes, hipoglicemia <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
USTED RECIBE O HA RECIBIDO		NO	SI	NO	SI
42	Atención psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	46	Articulación artificial <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
43	Tratamientos de radiación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	47	Transfusión sanguínea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
44	Quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	48	Marcapasos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
45	Válvula cardíaca protésica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	49	Bisfosfonatos / Medicamentos para la densidad ósea <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
USTED ESTÁ CONSUMIENDO		NO	SI	NO	SI
50	Drogas recreativas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	52	Alcohol <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
51	Cualquier medicamento o remedios caseros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	53	Tabaco en cualquier forma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
SOLO LAS MUJERES		NO	SI	NO	SI
54	Está usted (o podría estar) embarazada o dando pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	55	Toma pastillas anticonceptivas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
TODOS LOS PACIENTES		NO	SI	COMMENTS	
56	¿Tiene usted alguna enfermedad o problema médico que no hayamos mencionado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
A mi mejor saber, he respondido cada pregunta de forma completa y precisa. Le informaré a mi odontólogo sobre cualquier cambio en mi salud y/o medicación.					
Firma del paciente o la persona responsable:				Fecha: / /	
Firma del Dentista:				Fecha: / /	
RECORDAR EL REPASO					
Firma del paciente o la persona responsable:				Fecha: / /	
Firma del Dentista:				Fecha: / /	
Firma del paciente o la persona responsable:				Fecha: / /	
Firma del Dentista:				Fecha: / /	
Firma del paciente o la persona responsable: :				Fecha: / /	
Firma del Dentista:				Fecha: / /	