

Waukesha County Community Dental Clinic
210 NW Barstow Street- Suite 305
Waukesha, WI 53188
Ph: 262-522-7645

Patient's Name/Nombre de Paciente _____
Last/Apellido(s) First/Primer Nombre Middle Initial/Inicial del Segundo Nombre
Date of Birth/Fecha de Nacimiento _____ **Age/Edad** _____

Circle the appropriate answer and/or provide details as requested / Haga un círculo alrededor de la respuesta apropiada y/o provea los detalles que se pidan:

1. Are you under the care of a medical care provider now? / Esta ahora bajo el cuidado de un proveedor medico?. YES NO
 If so, why?/ Si es así, por que? _____
2. Your medical care provider's name / Nombre de su proveedor medico _____
 Phone# / Numero de telefono _____
3. When was your last complete physical exam? / Cuando fue su ultimo examen físico completo? _____
4. When did you last see a medical care provider for any reason? / Cuando fue su ultimo examen físico completo? _____
5. Are you taking any medication of any kind / Esta tomando medicamentos de cualquier clase.....YES NO
 List / Indique cuales: _____
6. Have you taken steroids (cortisone) in the past two years / Ha tomado esteroides (cortisona) en los últimos dos anos...YESNO
7. Are you taking any recreational drugs, or receiving treatment for drug or alcohol abuse / Esta usando drogas de uso recreativo o recibiendo tratamiento por abuso de drogas o alcohol.....YES NO
8. Do you smoke or use tobacco products / Fuma usted o usa productos de tabaco.....YES NO

Do you have or have you ever had / Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

9. Any treatment for osteoporosis / Algún tratamiento para la osteoporosis.....YES NO
10. An allergy to penicillin, antibiotics, anesthetics, other medications, pine trees, foods, or latex / Alguna alergia a la penicilina, antibióticos, anestésicos, otros medicamentos, arboles de pino, comidas o látex.....YES NO
11. Any heart disease, chest pain, palpitations, artificial heart valves, or a pacemaker / Alguna enfermedad del corazón, dolor de pecho, palpitaciones, soplo, válvulas artificiales en el corazón o marcapasos?.....YES NO
12. Any artificial joints, grafts, or implants / Alguna articulación artificial, trasplante, injerto o implante.....YES NO
 If yes, when did you get it implanted / Si es así, cuando fue implantado _____
13. Bacterial endocarditis (infection in your heart) / Endocarditis bacteriano (infección en su corazón)?.....YES NO
14. High or low blood pressure / Presión arterial alta o baja?.....YES NO
15. Benign or malignant tumors / Tumores benignos o malignos.....YES NO

16. Radiation treatment or chemotherapy for any condition / Tratamiento por radiación o quimioterapia por cualquier condición?.....YES NO
17. Any blood disorders such as leukemia, hemophilia, or anemia / Algún trastorno de la sangre, como leucemia, hemofilia, o anemia?.....YES NO
18. Do you heal properly after minor cuts / Cura usted apropiadamente después de cortes de menor?.....YES NO
19. Hepatitis or any liver disease / Hepatitis u otra enfermedad del hígado?.....YES NO
20. Kidney disease / Enfermedad renal (del riñón)?.....YES NO
21. Diabetes?.....YES NO
22. Asthma / Asma?.....YES NO
23. Nervous disorders, depression, epilepsy, seizures or Psychiatric condition / Trastornos nerviosos, depresión, epilepsia, ataques convulsivos o condición psiquiatra?.....YES NO
24. Alzheimer's, or memory loss / Alzheimer, o la pérdida de la memoria?.....YES NO
25. HIV/AIDS / VIH/SIDA?.....YES NO
26. Tuberculosis?.....YES NO
27. Do you have any disease, condition, or problem not listed / Tiene alguna enfermedad, condición, o problema no indicada aquí?.....YES NO
If so, explain / Si es así, explique: _____
28. Thyroid, Hyper, or Hypo / La tiroides, Híper, o el Hipo?.....YES NO
29. (Women) Are you pregnant or suspect you may be / (Mujeres) Esta o podría estar embarazada?.....YES NO
If so, what is your due date / Si es así, cual es su fecha de parto? _____
30. (Women) Do you use any birth control medications / (Mujeres) Esta usando algún medicamento anticonceptivo? YES NO
31. Date of last dental exam / Fecha de su último examen dental: _____
32. Difficulty in reclining back in dental chair for long time / Dificultad a recostar atrás en silla dental para el tiempo largo? YES NO
33. Are you having any specific dental problems / Tiene algún problema dental específico?.....YES NO
What area / En que área? _____
For How Long / Por cuanto tiempo? _____
Pain on a scale of 1 (slight) to 10 (intolerable) / Indique el nivel de dolor en una escala del 1 (poco) al 10 (intolerable) _____
or NONE / o NINGUNO

I CERTIFY THAT THE ABOVE INFORMATION IS COMPLETE AND CORRECT. I WILL NOTIFY WAUKESHA COUNTY COMMUNITY DENTAL CLINIC OF CHANGES IN MY HEALTH IF THEY OCCUR. YO CERTIFICO QUE LA INFORMACION ANTERIOR ES COMPLETA Y CORRECTA. YO NOTIFICARE A LA WAUKESHA COUNTY COMMUNITY DENTAL CLINIC DE CAMBIOS DE MI SALUD, CUANDO OCURRAN.

Patient or Parent/Guardian Signature _____ Date _____
Firma del paciente, padre o tutor legal _____ Fecha _____

Dentist's Signature (Firma del Dentista) _____ Date _____