

Ocean Dental

OD16 - 511E

Patient Name _____
Last First Initial Nickname Birthdate

Medicaid ID # _____

- Are you under a physician's care now? Yes No If yes, list name and phone #: _____
Have you ever been hospitalized or had a major operation? Yes No If yes, please explain: _____
Have you ever had a serious head or neck injury? Yes No If yes, please explain: _____
Are you taking any medications, pills, or drugs? Yes No If yes, please explain: _____
Do you take, or have you taken, Phen-Fen or Redux? Yes No _____
Are you on a special diet? Yes No _____
Do you use tobacco? Yes No _____
Do you use controlled substances? Yes No _____

Women: Are you...

Pregnant/Trying to get pregnant? Yes No Due Date _____ Taking oral contraceptives? Yes No Nursing Yes No

Are you allergic to any of the following?

- Aspirin Penicillin Codeine Acrylic Metal Latex Local Anesthetics
 No Known Drug Allergies Other – If yes, please explain: _____

Does the Patient have, or has the patient had, any of the following?

- | | | | |
|--|---|--|--|
| ADD/ADHD <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Convulsions <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Hepatitis A <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Renal Dialysis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| AIDS/HIV Positive <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Cortisone Medicine <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Hepatitis B or C <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Rheumatic Fever <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Alzheimer's Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Diabetes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Herpes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Rheumatism <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Anaphylaxis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Drug Addiction <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | High Blood Pressure <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Scarlet Fever <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Anemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Easily Winded <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | History of/Use Alcohol <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Shingles <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Angina <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Emphysema <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | History of/Use <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Sickle Cell Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Arthritis/Gout <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Epilepsy or Seizures <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Recreational Drugs <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Sinus Trouble <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Artificial Heart Valve <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Excessive Bleeding <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Hives or Rash <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Spina Bifida <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Artificial Joint <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Excessive Thirst <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Hypoglycemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Stomach/Intestinal Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Asthma <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Fainting Spells/Dizziness <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Irregular Heartbeat <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Stroke <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Auto-Immune Disease/ Lupus <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Frequent Cough <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Kidney Problems <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Swelling of Limbs <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Blood Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Frequent Diarrhea <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Leukemia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Thyroid Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Blood Transfusion <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Frequent Headache <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Liver Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Tonsillitis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Breathing Problem <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Genital Herpes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Low Blood Pressure <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Tuberculosis <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Bruise Easily <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Glaucoma <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Lung Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Tumors or Growths <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Cancer <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Hay Fever <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Mitral Valve Prolapse <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Ulcers <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Chemotherapy <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Heart Attack/Failure <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Pain in Jaw Joints <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Venereal Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Chest Pains <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Heart Murmur <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Parathyroid Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Yellow Jaundice <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No |
| Cold Sores/Fever Blisters <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Heart Pace Maker <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Psychiatric Care <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | |
| Congenital Heart Failure <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Heart Trouble/Disease <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Radiation Treatments <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | |
| | Hemophilia <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | Recent Weight Loss <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No | |

Does the patient have a developmental disability? If yes, please list: _____

Have you ever had any serious illness not listed above? Yes No If yes, please explain: _____

Does the patient require antibiotic pre-medication prior to dental treatment? _____

How long since the patient's last dental visit? _____

Do you have an Advanced Directive? _____

To the best of my knowledge, the questions on this form have been accurately answered. I understand that providing incorrect information can be dangerous to my (or patient's) health. It is my responsibility to inform Ocean Dental of any changes in medical status.

SIGNATURE OF PATIENT, PARENT OR LEGAL GUARDIAN _____ DATE _____

SIGNATURE OF DENTIST _____ DATE _____

HEALTH HISTORY

FOR OFFICE USE ONLY
Initials _____ Date _____

Nombre del Paciente _____

	Apellido	Primer Nombre	Inicial	Apodo	Fecha de Nacimiento
--	----------	---------------	---------	-------	---------------------

Medicaid ID # _____

- ¿Se encuentra bajo cuidado médico en este momento? Si No Anote el nombre y numero de telefono: _____
- ¿Ha estado hospitalizado o ha tenido alguna cirugía mayor? Si No Por favor explique: _____
- ¿Ha sufrido de alguna lesión seria de cabeza o cuello? Si No Por favor explique: _____
- ¿Está tomando algún medicamento? Si No Por favor explique: _____
- ¿Está tomando o ha tomado Phen-Fen o Redux? Si No _____
- ¿Está llevando alguna dieta especial? Si No _____
- ¿Fuma? Si No _____
- ¿Usa drogas? Si No _____

Mujeres:

Esta usted: ¿Embarazada o intentando embarazarse? Si No Fecha de parto _____ ¿Tomando anticonceptivos? Si No

¿Lactando? Si No

¿Es alérgico a?

- Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal Látex Anestésicos Locales
- No alergias medicamentosas Otros – Por favor explique: _____

¿Alguna vez ha presentado o tiene alguna de las siguientes condiciones?

TDAH/TDA <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Convulsiones <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hepatitis B o C <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Fiebre reumática <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
SIDA/VIH Probado Positivo <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Medicamentos con cortisona <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Herpes <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Reumatismo <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Enfermedad de Alzheimer <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Diabetes <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Presión arterial alta <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Fiebre escarlatina <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Anafilaxia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Adicciones <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Historia de/uso de alcohol <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Herpes zoster <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Anemia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Disnea <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Historia de/uso de drogas recreativas <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedad de Células Falciformes
Angina <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfisema <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Urticarias <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sinusitis <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Artritis/Gota <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Epilepsia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Hipoglucemia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Espina Bifida <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Válvula artificial del corazón <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sangrado excesivo <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Arritmias <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Trastornos intestinales <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Articulación Artificial <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Sed excesivo <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Trastornos de riñón <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Apoplejía/Embolia cerebral <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Asma <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Mareos/Vértigos/Desmayos <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Leucemia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Inflamación de brazos o piernas <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Enfermedad autoinmune/ lupus <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tose frecuente <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Cirrosis <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Trastornos tiroideos <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Enfermedades de la sangre <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Diarrea frecuentes <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Presión arterial baja <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Anginas <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Transfusiones sanguíneas <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Dolores de cabeza frecuentes <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfisema <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tuberculosis <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Problemas respiratorios <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Herpes Genital <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Prolapso de la válvula mitral <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tumores <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Hematomas <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Glaucoma <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Dolor en la articulación de la mandíbula <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ulceras <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Cáncer <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Fiebre de Heno <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Trastornos paratiroides <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Enfermedades venéreas <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Quimioterapia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ataque cardiaco <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Cuidado psiquiátrico <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Ictericia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
Dolor en el pecho <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Soplo cardiaco <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Tratamientos de radiación <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Aftas o fuegos en la boca <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Marcapasos cardiaco <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Pérdida de peso reciente <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
Trastornos congénitos del corazón <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Trastornos cardiacos <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	Diálisis renal <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
	Hemofilia <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		
	Hepatitis A <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		

¿El paciente tiene discapacidad de desarrollo? Si la respuesta es si, por favor explique: _____

¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad no enlistado arriba? Si No Por favor explique: _____

¿Necesita tomar antibiótico o algún medicamento antes de la cita dental? _____

¿Cuándo fue la última vez que fue al dentista? _____

¿Tiene directiva anticipada de atención de la salud? _____

Para mi conocimiento, todas las preguntas han sido contestadas con precisión. Entiendo que el dar información incorrecta puede ser peligroso para mi salud (o la del paciente). Es mi responsabilidad informar a Ocean Dental de cualquier cambio en mi estado de salud (o del paciente).

FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR LEGAL _____ FECHA _____

FIRMA DEL DENTISTA _____ FECHA _____

HISTORIA DE SALUD

FOR OFFICE USE ONLY
Initials _____ Date _____