

Have you been a patient here before?  Yes  No / ¿Ha sido usted un paciente aquí anteriormente?  Si  No

Have you traveled outside the US in the past three (3) weeks?  Yes  No

Last Name/ Apellido		First Name / Nombre		Middle Name/Segundo Nombre		Maiden Name/Apellido de soltera	
Address / Dirección		City / Ciudad		State/Zip – Estado / Código Postal		Home Phone / Teléfono de casa	
Notify in Case of Emergency / Notifique en caso de emergencia				Relationship / Relación		Phone Number / Número de Teléfono	
Are you covered by Insurance, Medicare, or Medi-Cal? / Tiene seguro médico, Medicare, o Medi-Cal?						Primary Language: / Idioma principal:	
Date of Birth / Fecha de Nacimiento		Age / Edad		Place of Birth / Lugar de Nacimiento		Religion / Religión	
Monthly Household Income / Ingreso Familiar Mensual				Source of Income/ Fuente de Ingreso		No. Dependents / dependientes	
<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female Ethnicity: _____ <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Raza: _____		I am here to see the doctor/dentist today because: Estoy aquí para ver al doctor/dentista por:					

Statistics derived from the above information are used when applying for Grants from Private Foundations and for reporting to the State.  
 Estadísticas derivadas de la información anterior se usa para solicitar donaciones de fundaciones privadas y de informar al Estado de California.

1. Are you now or have you been under a physician's care? If yes, when, for what?  
 Esta, o ha estado abajo tratamiento médico/ Por qué, y cuando? ..... Yes  No
2. Have you regularly taken any kind of drugs or medicine now or in the past? If yes, when and for what?  
 Esta tomando regularmente alguna clase de medicinas ahora o en el pasado? cual y por qué? ..... Yes  No
3. Are you allergic to penicillin, codeine, barbiturates, Novocaine, latex or anything else? Which?  
 Es usted alérgica a la penicilina, codeína, barbituos, Novocaína, latex u otra cosa? Cual? ..... Yes  No
4. Do you have asthma or hay fever? Which? Tiene asma o fiebre?Cuál? ..... Yes  No
5. Have you ever had a bleeding problem? Describe. Ha tenido alguna vez problema con hemorragia? Explique ..... Yes  No
6. Do you have or have you ever had fainting or dizzy spells? Which?  
 Tiene o ha tenido, desmayos o mareos?Cuál? ..... Yes  No
7. Have you ever had any problems or trouble after dental treatment?  
 Alguna vez ha tenido algun problema despues de tratamiento dental? ..... Yes  No
8. Have you been told that you should take antibiotics before dental treatment?  
 Alguien le ha mencionado que debe tomar anibióticos antes de tratamiento dental? ..... Yes  No
9. Have you ever had ..if so when? Alguna vez ha tenido...cuando?
 

a. murmur/ murmura/problemas de corazón ..... Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	h. hepatitis/ hepatitis ..... Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b. heart trouble/ soplo en el corazón ..... Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	i. jaundice/ ictericia ..... Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
c. HIV/AIDS VIH/SIDA. .... Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	j. kidney/liver disease/ enfermedad riñón/hígado... Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
d. high blood pressure/ alta presión ..... Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	k. Stroke/ embolia ..... Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
e. rheumatic fevcr/ fiebre reumática. .... Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	l. Radiation treatment/ tratamiento de radiación .. Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
f. diabetes/ diabetes ..... Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	m. Seizures/ ataques ..... Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
g. tuberculosis/ tuberculosis ..... Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	n. Other: _____ Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
11. Have you ever been seriously ill? Ha estado alguna vez seriamente enfermo?  
 If yes...what and when? Si, cual y cuando? ..... Yes  No
12. Have you ever been hospitalized? Ha estado alguna vez hospitalizado?  
 If yes...what and when? Si, cual y cuando? ..... Yes  No
13. Are you pregnant? If so, how long? Esta embarazada? Si lo esta, cuanto tiempo tiene? ..... Yes  No
14. How many times have you seen a doctor/ dentist in the past year? Quantos tiempos ha visitado al doctor/ dentista el año pasado? \_\_\_\_\_
15. Do you use tobacco products: Usa tabaco? ..... Yes  No