Name: ____________________________ DOB: ___________

IHB Dental Clinic Medical History Form / Formulario de historial médico

List of Medications you are taking (including dose and times per day).
Lista de medicamentos que esté tomando (incluyendo dosis y cuantas veces al día)

____

Do you have any allergies? No □ Yes/Si □ If yes, please list them.
¿Usted tiene algún tipo de alergias? Encaso que SI, escribas cuales son

____

Are you pregnant? Yes/Si □ No □ Are you breastfeeding? Yes/Si □ No □
¿Está usted embarazada? ¿Está usted dando pecho?

Chemical Dependency? Yes/Si □ No □ Alcohol abuse? Yes/Si □ No □ IV Drug use? Yes/Si □ No □
(Consumo de drogas) (Uso de alcohol) (Uso de drogas por la vena)

Please indicate if you have had any of the following problems:
(Por favor indique si tiene o ha tenido algunos de los siguientes problemas)

	Yes/Si	No		Yes/Si	No		Yes/Si	No
Cardiovascular								
Heart Attack (Ataque al corazón)	□	□	Stent (Malla vascular)	□	□	Heart Murmur (Soplo cardiaco)	□	□
High Blood Pressure (Presión alta)	□	□	Bypass (Derivación cardiaca)	□	□	Pacemaker (Marcapasos)	□	□
Rheumatic Fever (Fiebre reumática)	□	□						
Respiratory / Respiratorio								
Asthma (Asma)	□	□	Chronic Cough (Tos Crónica)	□	□	COPD (EOPC)	□	□
			Tuberculosis	□	□			
Gastrointestinal								
Hepatitis A	□	□	Hepatitis C	□	□	Liver Problems Problemas de higado	□	□
Hepatitis B	□	□	Kidney Problems (Problemas del riñón)	□	□	Other: (Otros)		
Musculoskeletal								
Arthritis (Artritis)	□	□	Artificial Joint/Prosthetic Device (Articulación artificial)	□	□	Osteoporosis	□	□
Neurological								
Epilepsy (Epilepsia)	□	□	ADHD	□	□	Seizures (Ataques repentinos)	□	□
Depression	□	□	Stroke (Embolia cerebral)	□	□	Bipolar	□	□
Endocrine / Endocrino								
Diabetes	□	□	Diabetes - Diet Controlled (Diabetes –Control con dieta)	□	□	Diabetes- Insulin (Insulina)	□	□
Other								
Cancer	□	□	HIV	□	□	Surgery(Cirugías)	□	□

Name: ____________________________ DOB: ___________

Factors Influencing Education and Learning
(Factores que influyen Educacion y Apredizaje)

Do you have:	Yes	No	Usted tiene:	Si	No
Problems Hearing?	☐	☐	Problemas al oir	☐	☐
Problems Seeing?	☐	☐	Problemas al ver	☐	☐
Cognitive Learning Disorder? (list)	☐	☐	Desorden de apredizaje (lista)	☐	☐
Problems Reading?	☐	☐	Problemas al leer	☐	☐
Cultural issues that may affect your care or treatment? (list)	☐	☐	Creencias culturales que pueden afectar su cuidado o tratamiento? (lista)	☐	☐
Religious issues that may affect your care or treatment? (list)	☐	☐	Creencias regiosas que pueden afectar su cuidado o tratamiento? (lista)	☐	☐

Additional Information:

____

____