

# USCD Student Run Free Dental Clinic

Today's Date: \_\_\_\_\_  
(Fecha de Hoy)

Name of Patient: \_\_\_\_\_  
(Nombre del Paciente): Last (Apellido) First (Primer Nombre) M.I. (Inicial del Segundo Nombre)

Age: \_\_\_\_\_  
(Edad)

Parent or guardian (if patient is under 18): \_\_\_\_\_  
Padre o tutor (si el paciente es menor de 18): Last (Apellido) First (Primer Nombre) M.I. (Inicial del Segundo Nombre)

1. Have there been any changes in your health since your last dental visit? (*¿Ha habido algún cambio en su salud desde su última visita al dentista?*):

\_\_\_\_\_

2. Have you recently required other health services? (*¿Ha requerido últimamente algún otro servicio de salud?*)

\_\_\_\_\_

3. Are you taking any medications now? (*¿Está tomando algún medicamento ahora?*)

\_\_\_\_\_

To treat (*para el tratamiento de*)

\_\_\_\_\_

4. Do you have any new allergies or reactions to any medications or drugs: Yes (si) No  
*¿Sufre de alguna alergia nueva o reacción a algún medicamento o droga?*

5. WOMEN ONLY (SOLO PARA MUJERES)

Are you pregnant? (*¿Está embarazada*) Yes (si) No

If YES, approximate due date (*Si es así, fecha aproximada de parto*): \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

6. Any other diseases, conditions, or problems you think we should know about? (*¿Hay alguna otra enfermedad o problema que usted piense debiéramos saber?*)

\_\_\_\_\_

Patient / guardian signature: \_\_\_\_\_  
(Firma del Paciente)

Dentist's Signature: \_\_\_\_\_  
(Firma Del Dentista)

H1/A

HEALTH HISTORY UPDATE

Revised 8/18/10