

**DO YOU HAVE ANY OF THE FOLLOWING PROBLEMS? (PADECE USTED O A PADECIDO USTED ALGUNA VEZ DE CUALQUIERA DE LAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS QUE SIGUEN?)**

**YES NO**

- Heart trouble, attack, stroke** (enfermedad cardiovascular: Problemas con el Corazon, Ataque al Corazon, Insuficiencia coronaria, Occlusion coronaria, ataque de paralisis)
- High blood pressure, Hypertension** (presion arterial alta)
- Low blood pressure** (Presion arterial baja)
- Pain in Chest** (Dolor en el pecho o anginas)
- Swelling in ankles** (se le hinchan los tobillos)
- Mitral valve prolapse, Rheumatic fever, heart murmurs** (tiene usted defectos cardiacos, Congenitos incluyendo soplos cardiacos O enfermedad cardica reumatica)
- Artificial heart valve** (valvulas de Corazon averiadas O valvulas postizas del Corazon)
- Pacemaker** (Marcapasos cardiacos)
- Artificial joints** (articulaciones artificiales)
- Kidney trouble** (problemas con los rinones)
- Liver problems** (problemas O enfermedad del higado)
- Stomach or digestive problems or ulcers** (enfermedad del estomago O ulceras gastricas)
- Hepatitis or jaundice** (hepatitis)
- Arthritis** (artritis)
- Tuberculosis, Lung ailments** (tuberculosis O enfermedades del pulmon)
- Blood disorders or anemia** (problemas en la sangre O anemia)
- Diabetes** (diabetes)
- Asthma, Hay fever, Allergies** (asthma, fiebre del heno O alergias)
- Cancer** (cancer)
- Venereal disease** (Enfermedades contraidas por media del contacto sexual)
- Seizures, fainting spells, black outs** (ataques de convulsiones, desmallos, O perdida de razon)
- Aids or HIV positive** (sida O infeccion causada por el virus HTLV-III)
- Psychiatric problems** (Problemas con la salud mental)

**ARE YOU ALLERGIC TO... (ES USTED ALERGICO A/ O A REACCIONADO ADVERSAMENTE A...)**

**YES NO**

- Penicillin** (penicilina O otros antibioticos)
- Local anesthetics** (anesteticos locales)
- Sulfa drugs** (drogas O medicinas que contienen sulfa)
- Barbiturates, sedatives, tranquilizers, or sleeping pills** (barbituricos, sedativos, calmantes, O Pildoras para dormer)
- Aspirin** (aspirina)
- Iodine** (yodo)
- Codeine or other narcotics** (codeina O otros narcoticos)
- Any other medications** (otras medicinas)

**Are you a smoker?**

**How much alcohol do you consume per week?** \_\_\_\_\_

**List all medications (lista de medicamentos que tome)** \_\_\_\_\_

**Signature (Firma)** \_\_\_\_\_ **Date (Fecha)** \_\_\_\_\_

**Signature of dentist (Firma del dentist)** \_\_\_\_\_ **Date (Fecha)** \_\_\_\_\_