DENTAL HEALTH INTERNATIONAL

Name/Nombre:_________________________ Sex: **M or F** Birth Date/fecha de nacimiento _____________

Address/Direccion_________________City/Ciudad:_________State/Estado____

Zip code/codigo postal:____________Cell phone:_________________________________

Email:____

Emergency Contact & Number/ Nombre y numero de Emergencia:__________________________

Please CHECK Yes or NO:

1. Anemia /Anemia	o YES	o NO
2. Heart disease (**murmur,Pacemaker**)?/Enfermedad del Corazon? 3. **soplo en el corazon o Marcapasos**)?	o YES	o NO
3. High/low blood pressure?/Alta o Baja presion arterial?	o YES	o NO
4. Respiratory disease?/Enfermedad Respiratoria?	o YES	o NO
5. Diabetes?/Diabetis?	o YES	o NO
6. Rheumatic fever?/Fiebre Reumatica?	o YES	o NO
7. Rheumatism or Arthritis?/Reumatismo o Artritis?	o YES	o NO
8. Blood disease?Enfermedad Sanginea?	o YES	o NO
9. Infectious diseases? A. HIV B. AIDS C. HEPATITIS A,B,C./Enfermedad de Infeccion? VIH,SIDA,HEPATITIS?	o YES	o NO
10. Liver disease or thyoid diseases/Enfermedad del Higado o tiroides?	o YES	o NO
11. Radiation treatment?/Tratamiento de Radiacion?	o YES	o NO
12. Emotional/ Nervous conditions ?/Problemas Emocionales o Nerviosas?	o YES	o NO
13. Prolonged bleeding following extractions?/ Sangra Prolongadamente?	o YES	o NO
14. Had gum treatments?/Ha Tenido Tratamiento en las encias?	o YES	o NO
15. Experienced any growths or sore spots in mouth?/tiene ampollas en la boca?	o YES	o NO
16. Chemotherapy? Quimoterapia?	o YES	o NO
17. Tonsillitis or Tuberculosis/amigdalitis o tuberculosis	o YES	o NO
18. Do your gums bleed?/Sus Encias sangran?	o YES	o NO
19. Any injuries to face, mouth, or teeth?/Se a lastimado la boca o dientes?	o YES	o NO
20. Pain in or around ears?/Tiene dolor adentro o afuera de las oidos?	o YES	o NO
21. Do you like the way your teeth look?/Le gustan como se ven sus dientes?	o YES	o NO
22. Ulcer/Ulcera	o YES	o NO