

23. Are you taking any medications? Please list:/ Lista los medicamentos que tomas? _____	<input type="radio"/> YES	<input type="radio"/> NO
24. Allergies to any medications? Penicillin, latex, aspirin, codeine Please list:/Lista alergia a medicamentos/Penicilina, latex, aspirina, codeina other/otra _____	<input type="radio"/> YES	<input type="radio"/> NO
25. Major Operations? Please list:/Te han operado? De que?	<input type="radio"/> YES	<input type="radio"/> NO
26. Headaches/ Dolor de cabeza?	<input type="radio"/> YES	<input type="radio"/> NO
27. Has there been any change in your health within the past Year?/Han habido cambios en su salud durante el ultimo año?	<input type="radio"/> YES	<input type="radio"/> NO
28. Kidney Disease/Emfermedad del Rinon?	<input type="radio"/> YES	<input type="radio"/> NO
29. Cancer?	<input type="radio"/> YES	<input type="radio"/> NO
30. Mitral valve prolapse or artificial valves/valvulas de evacuacion o valvulas cardiacas artificiales	<input type="radio"/> YES	<input type="radio"/> NO
31. Tumors/tumor o quiste en cabeza o cuello	<input type="radio"/> YES	<input type="radio"/> NO
32. Venereal Disease/Enfermedades venerea	<input type="radio"/> YES	<input type="radio"/> NO
33. WOMEN: Are you pregnant/MUJERES: Esta Embarazada Due Date/fecha de parto: _____	<input type="radio"/> YES	<input type="radio"/> NO
34. Are you nursing/Esta usted amamantando	<input type="radio"/> YES	<input type="radio"/> NO

Birth control/toma pastillas anticonceptivas? **YES NO**

Last dental visit?/Cuando fue la ultima visita al Dentista? _____

How did you hear about us?/ Quien lo refirio a nuestra oficina _____

Physician's Name and phone number/Nombre de su Medico y numero de telefono _____

Insurance Company **Medical Only/Compañía de seguros Medico solamente** _____ Phone#/Teléfono # _____

ID # _____

Subscriber Name/Nombre del suscriptor (si es diferente al del paciente)

X _____

Patient /Guardian Signature Firma del Paciente/Guardian

Today's Date/fecha

DENTIST SIGNATURE: _____ **Date:** _____