

Office Use Only
HIPAA on File _____

Appointment date _____

NWTC DEPARTMENT OF DENTAL
NWTC DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DENTALES

First Name: _____ **Middle Initial:** _____ **Last Name:** _____
Nombre Inicial del Segundo Nombre Apellido(s)

Phone: (Home/Cell) _____ **Occupation:** _____
(Casa/Celular) Ocupación

Address: _____ **City:** _____ **Zip:** _____
Dirección Ciudad Código Postal

Birthdate: _____ **Male:** _____ **Female:** _____ **Other:** _____
Fecha de nacimiento Hombre Mujer Otro

* **Have you been seen in our clinic under another name?** _____

* ¿Lo hemos visto en nuestra clínica bajo otro nombre?

MEDICAL HISTORY HISTORIAL MÉDICO

Please CIRCLE (Yes/No) if YOU have or ever had any of the following:

Por favor MARQUE con un círculo (Sí/No) si USTED tiene o alguna vez ha tenido lo siguiente:

Y=YES/SÍ N=NO/NO

Y	N	High or Low Blood pressure	Presión alta o baja
Y	N	Congenital Heart Defect	Defectos cardiacos congénitos
Y	N	Heart Murmur	Soplo cardiaco
Y	N	Heart Surgery	Cirugías de corazón
Y	N	Artificial Heart Valve	Válvula cardiaca artificial
Y	N	Cardiac Stent	Stent cardiaco (Endoprótesis vascular)
Y	N	Pacemaker	Marcapasos
Y	N	Congestive Heart Failure	Insuficiencia cardíaca congestiva
Y	N	Heart Attack	Ataque al corazón
Y	N	Chest Pains	Dolores en el pecho
Y	N	Rheumatic Fever	Fiebre reumática
Y	N	Stroke	Derrame/hemorragia cerebral, accidente cerebrovascular
Y	N	Arthritis	Artritis
Y	N	Artificial Joint	Articulación artificial
Y	N	Tuberculosis	Tuberculosis
Y	N	Emphysema	Enfisema
Y	N	Asthma	Asma
Y	N	Sinus Trouble	Problema con los senos paranasales
Y	N	Frequent Cough	Tos frecuente
Y	N	Liver Disease	Enfermedad del hígado
Y	N	Hepatitis (jaundice)	Hepatitis (ictericia)
Y	N	Spleen Removal	Extirpación del bazo
Y	N	Organ Transplant	Trasplante de órganos
Y	N	Kidney Problems	Problemas de los riñones
Y	N	Thyroid Condition	Afección tiroidea
Y	N	History of Osteoporosis	Historia de osteoporosis
Y	N	Bone-loss Drugs in Cancer	Pérdida ósea por tratamientos de fármacos contra el Cáncer
Y	N	Diabetes	Diabetes
Y	N	Excessive Thirst	Sed excesiva
Y	N	Appetite Suppressant Drugs	Drogas supresoras del apetito
Y	N	Rapid Weight Loss	Pérdida rápida del peso
Y	N	Sexually Transmitted Disease	Enfermedades de transmisión sexual
Y	N	Cold Sores	Aftas, boqueras, fuegos o herpes febril/labial
Y	N	HIV Positive / AIDS	VIH positivo/SIDA

DENTAL HISTORY

HISTORIAL DENTAL

Dentist's Name: _____ **City:** _____
Nombre del dentista Ciudad

Date of last visit to dentist: _____ **Treatment Received:** _____
Fecha de la última visita al dentista ¿Qué tipo de tratamiento recibió?

Date of last cleaning: _____ **Last dental X-rays** _____
Fecha de la última limpieza dental Las últimas radiografías dentales fueron

CIRCLE any YOU have or have had:

MARQUE con un círculo cualquiera de las siguientes opciones señaladas que USTED tiene o ha tenido:

Orthodontic Treatment (braces)

Tratamiento de ortodoncia (frenillos/brackets)

Dry Mouth

Sequedad en la boca

Clench or Grind Teeth

Aprieta o muele/rechina los dientes/muelas

Periodontal (gum) Surgery

Cirugía periodontal (de la encía)

Difficult Extractions

Extracciones difíciles

Sensitive Teeth

Dientes sensibles

Candidiasis (thrush)

Candidiasis bucal (muguet)

Tooth Aches or Infections

Dolor de dientes/muelas o infecciones

Thumb or Finger Habit

Hábitos de chuparse los dedos/morder las uñas

Bad Taste in Mouth

Mal gusto en la boca

Jaw Joint Problems

Problemas con la articulación mandibular

Accidental injuries to teeth, mouth or jaws

Lesiones accidentales de dientes, boca o mandíbula

Mouth Odor

Olor/hedor en la boca

Difficulty Opening

Dificultades para abrir la boca

Implant/Implant Surgery

Implante/Cirugía de implante

Have you ever had an injection in your mouth? Yes _____ No _____ Any adverse reaction? _____
¿Le han puesto alguna vez una inyección en la boca? Sí No ¿Tuvo alguna reacción adversa?

To my knowledge all of the information on this history form is correct. I understand that because Northeast Wisconsin Technical College provides only preventive services, I must make an appointment with a dentist for a thorough examination and diagnosis. I release Northeast Wisconsin Technical College from liability due to any personal injuries incurred as a result of dental services performed by employees and/or students. I understand by signing this I am giving consent to dental treatment.

Según mi conocimiento, toda la información en este formulario de historial de salud es correcta. Comprendo que debido a que la Clínica Dental y los estudiantes de la Escuela Técnica del Noreste de Wisconsin (NWTC) sólo proveen servicios preventivos, yo debo hacer una cita con un dentista para un examen y diagnóstico completo. Yo, absuelvo a la Escuela Técnica del Noreste de Wisconsin (NWTC) de toda responsabilidad por cualquier daño o lesión personal que ocurra como resultado de los servicios dentales realizados por nuestros empleados y/o estudiantes. Yo comprendo que al firmar esto, autorizo mi tratamiento dental.

Signature: _____ **Date** _____
Firma (patient, parent, or guardian/ paciente, padre/madre o tutor) Fecha

In case of emergency, please contact: _____ **Phone #** _____
En caso de emergencia, por favor contacte a: Teléfono

Relationship: _____
Relación

