

Medical History Update



First Name: _____ **Middle Name:** _____ **Last Name:** _____
 Primor Nombre Sogundo Nombre Apellido

Date of birth: _____ **Phone Number:** _____ **Date:** _____
 Fecha de Nacimiento Numero de Telefono Fecha

Are you under a physician's care? Yes No **If yes, please explain:** _____
 Está bajo el cuidado de un medico? En caso afirmativo, explíquelo por favor

Have you ever been hospitalized or had a major operation? Yes No **If yes, please explain:** _____
 Alguna vez ha sido hospitalizado o ha tenido una operacion importante? En caso afirmativo, explíquelo por favor

Have you ever had a serious head or neck injury? Yes No **If yes, please explain:** _____
 Ha tenido alguna vez una lesion grave en la cabeza o el cuello? En caso afirmativo, explíquelo por favor

Are you taking any medications, pills or drugs? Yes No **If yes, please explain:** _____
 Esta tomando algún medicamento, pastilla o droga? En caso afirmativo, explíquelo por favor

Do you take phenytoin or redux? Yes No **If yes, please explain:** _____
 Esta tomando fenitoina o redux? En caso afirmativo, explíquelo por favor

Are you on a special diet? Yes No **If yes, please explain:** _____
 Estas en una dieta especial? En caso afirmativo, explíquelo por favor

Do you use tobacco or any controlled substances? Yes No **If yes, please explain:** _____
 Usa tabacoo Una sustancias controladas? En caso afirmativo, explíquelo por favor

For Women, are you pregnant or trying to get pregnant? Yes No **Are you nursing?** Yes No
 Para mujeres: Está embarazada o intentando quedar embarazada? Está amamantando?

Are you allergic to any of the following? Aspirin Metal Latex Penicillin Nitrous Oxide Codeine Milk and Eggs Sufa Drugs
 Es alérgico a alguno de los siguientes? Aspirina Metal Latex Penicilina Óxido Nitroso Codeína Leche y Huevos Sulfonamidas

Red Dye Acrylic Local Anesthetic Other? _____ **Do you have any of the following?** Venereal Disease Autism
 Tinte Rojo Acrilico Anesthesia Local Otro? _____ Tiene o ha tenido alguno de los siguientes? Enfermedad Venérea Aulismo

Yellow Jaundice Sensory Disorder Ulcers Anemia Emphysema AIDS/HIV Positive Cortisone Medicine Homophilia Tonsilitis
 Ictericia Amarilla Trastorno Sensorial Ulceras Anemia Enfisema SIDA/VIH Positivo Medicina de Cortisona Hemofilia Amigdalitis

Radiations Treatment Hepatitis A Diabetes Herpes Glaucoma Stroke Asthma Cancer High Cholesterol Leukemia
 Tratamiento de radiación Hepatitis A Diabetes Herpes Glaucoma Derrame Cerebral Asma Cancer Colesterol Alto Leucemia

Alzheimer's Disease Recent Weight Loss Anaphylaxis Drug Addiction Rheumatic Fever Hepatitis A or C Easily Winded
 Enfermedad de Alzheimer Pérdida de Peso Reciente Anafilaxia Drogadicción Fiebre Reumática Hepatitis A o C Fácilmente Sinuosa

Angina High Blood Pressure Arthritis/ Gout Epilepsy or Seizures Excessive Thirst Sickle Cell Disease Artificial Joints
 Angina de Pecho Presión Arterial Alta Artritis / Gota Epilepsia o Convulsiones Sed Excesiva Enfermedad de Células Falciformes Articulaciones

Artificial Heart Valve Excessive Bleeding Hives or Rash Hypoglycemia Fainting Spells/Dizziness Heart Murmur
 Válvula Cardíaca artificial Sangrado Excesivo Urticaria o Sarpullido Hipoglucemia Desmayos/Mareos Soplo cardíaco

Irregular Heartbeat Sinus Trouble Blood Transfusion Frequent Diarrhea Genital Herpes Chemotherapy
 Latido cardíaco irregular Problemas de Transfusión de Sangre Diarrea Frecuente Herpes Genital Quimioterapia
 las fosas Nasales

Stomach/Intestine Disease Breathing Problems Frequent Headaches Liver Disease Bruise Easily Cold Sores/Fever Blisters
 Enfermedad Estomacal o Intestinal Problemas Respiratorios Dolores de Cabeza Enfermedad de Hígado Moretones fácilmente Herpes labial/Ampollas de Fiebre

Swelling of Limbs Lung Disease Thyroids Disease Hay Fever Pain in Jaw Joints Parathyroid Disease
 Hinchazón de las Extremidades Enfermedad Pulmonar Enfermedad Tiroidea Rinitis alérgica Dolor de mandíbula Enfermedad Paratiroidea

Tumor or Growths Convulsions Low Blood Pressure Heart Pacemaker Heart Trouble/Disease Psychiatric Crae
 Tumores o Crecimientos Convulsiones Presión Arterial baja Marcapasos Cardíaco Problemas o Enfermedades Cardíacas Atención Psiquiátrica

You Acknowledge that all is correct to the best of your knowledge. Usted reconoce que todo es correcto, a su leal saber y entender.

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____
 Firma del Padre/Tutor Fecha