

**Loma Linda University Special Care Dentistry
Health History Questionnaire (Confidential)**

1. Name of patient (*Nombre del Paciente*): _____
Date of birth (*Fecha de Nacimiento*): _____
2. Name and location of Primary Physician (PMD) (*Nombre y Ubicación del Médico Primario*) _____
Date of last visit to PMD (*Última Visita al Médico Primario*) _____
3. List all illnesses/ hospitalizations/ new diagnosis within the last 6 months (*Reciente enfermedades/hospitalizaciones/nuevos diagnósticos entre los últimos 6 meses*): _____
4. Date of last symptoms of flu/cold/cough/ or runny nose (*Fecha del ultimo resfriado/tos con moco*)? _____
Any diagnosis of pneumonia (*Tiene el paciente diagnostico de neumonía*)? Yes (Si) No (No) _____
Date of diagnosis (*Fecha de diagnóstico*): _____
5. Is there any activity your doctor says you (the patient) cannot do (*Hay alguna actividad que su doctor le dice que no pueda hacer el paciente?*) Yes (Si) No (No) _____
If yes, what (*Si la respuesta es "Si" que tipo de actividad?*)? _____

6. Please circle the appropriate response: (Por favor ponga circulo a la respuesta apropiada).

Has the patient ever been diagnosed with any of the following: (Ha tenido el paciente las siguientes condiciones):

Heart/Blood Vessels

(Corazón/vasos de sangre)

Heart murmur..... Yes No
(Soplos de corazón)
Congenital heart defect..... Yes No
(Defectos congénitos de corazón)
Heart valve damage..... Yes No
(Daño de válvula de corazón)
Heart surgery/ angioplasty.... Yes No
(Cirugía de corazón/angioplastia)
Artificial heart valve..... Yes No
(Válvula artificial de corazón)
Pacemaker(Marca pasos)..... Yes No
High blood pressure..... Yes No
(Alta presión de sangre)
TIA / stroke..... Yes No
(Infarto cerebral)
Vascular surgery..... Yes No
(Cirugía vascular)
Chest pain/ angina..... Yes No
(Dolor de pecho)
Coronary heart disease..... Yes No
(Enfermedad coronaria)
Heart attack..... Yes No
(Ataque de corazón)
Congestive heart failure..... Yes No
(Falla de corazón congestionado)
Irregular heart beat..... Yes No
(Latidos irregulares de corazón)
Rapid heart beat..... Yes No
(Latidos rápidos de corazón)
Rheumatic heart disease..... Yes No
(Fiebre reumática de corazón)
Other heart / vessel disorder. Yes No
(Otra enfermedad de corazón/vasos)
If yes, what type: _____
(Que tipo?): _____

Blood (Sangre)

Anemia (Anemia)..... Yes No
Sickle cell disease / trait..... Yes No
(Enfermedad de células falciformes)
Hemophilia (Hemofilia)..... Yes No

Bleeding disorder..... Yes No
(Enfermedad de sangramiento)
Blood transfusion..... Yes No
(Transfusión de sangre)
Bruise easily Yes No
(Salen moretones fáciles?)
Blood clots or thrombosis..... Yes No
(Coágulos de sangre/trombosis)
Other blood disorder..... Yes No
(Otro desorden de la sangre)
If yes, what type: _____
(Que tipo?): _____

Nervous System (Sistema nervioso)

Seizure disorder / epilepsy..... Yes No
(Epilepsias)
Trigeminal neuralgia..... Yes No
(Neuralgia trigémina)
Chronic pain..... Yes No
(Dolor crónico)
Persistent numbness/tingling. Yes No
(Persistente hormigueo)
Anxiety / depression..... Yes No
(Ansiedad / depresión)
Alzheimer's/ dementia. Yes No
(Enfermedad de Alzheimer/demencia)
Psychiatric treatment..... Yes No
(Tratamiento psiquiátrico)
Psychological counseling..... Yes No
(Consejo psiquiátrico)
Other nerve/psych disorder.... Yes No
(Otro desorden de nervios/psiquiátrico)
If yes, what type: _____
(Que tipo?): _____

Head & Neck (Cabeza, nuca)

Seasonal allergies / rhinitis... Yes No
(Alergias ambientales)
Nosebleeds..... Yes No
(Sangramiento de nariz)
Headaches(Dolor de cabeza)... Yes No
Difficulty swallowing..... Yes No
(Dificultad tragando)

Sore throat / hoarseness..... Yes No
(Dolor de garganta)
Injury to head, neck, face, teeth... Yes No
(Trauma de cabeza/nuca/cara/dientes)
Chronic sinusitis..... Yes No
(Sinusitis crónica)
Glaucoma (Glaucoma)..... Yes No
Other head / neck disorder..... Yes No
(Otros desordenes de la nuca/cabeza)
If yes, what type: _____
(Que tipo?): _____

Respiratory (Respiratorio)

Asthma (Asma)..... Yes No
Persistent cough..... Yes No
(Tos persistente)
Snoring during sleep..... Yes No
(Ronca durante el sueño)
Sleep apnea..... Yes No
(Apnea de sueño)
CPAP machine use..... Yes No
(Usa máquina de CPAP)
Chronic bronchitis..... Yes No
(Bronquitis crónica)
Shortness of breath..... Yes No
(Dificultad para respirar)
Emphysema (Enfisema)..... Yes No
Cough up bloody sputum/TB.. Yes No
(Tose moco con sangre/Tuberculosis)
Other respiratory disorder.... Yes No
(Otro problema respiratorio)
If yes, what type: _____
(Que tipo?): _____

Musculoskeletal (Problemas musculares)

Scoliosis (Escoliosis)..... Yes No
Back pain / spine disorder.... Yes No
(Problemas de espalda)
Arthritis artificial joint Yes No
(Artritis/Articulación artificial)
Other bone/muscle disorder... Yes No
(Otro problema de musculo/huesos)
If yes, what type (Que tipo): _____

Endocrine (Endocrino)

Diabetes Type I or II..... Yes No
 (Diabetes Tipo I o II)
 Thyroid disorder.....Yes No
 (Desorden de la tiroides)
 Parathyroid condition..... Yes No
 (Desorden de la paratiroides)
 Pituitary condition.....Yes No
 (Condición de la pituitaria)
 Other endocrine condition.....Yes No
 (Otro problema endocrino)
 If yes, what type: _____
 (Que tipo): _____

Urinary Tract (Tracto urinario)

Kidney disease..... Yes No
 (Enfermedad de riñones)
 Renal dialysis..... Yes No
 (Dialisis renal)
 Sexually transmitted disease.. Yes No
 (Enfermedades transmitidas sexualmente)
 Other urinary disorder.....Yes No
 (Otro desorden urinario)
 If yes, what type (Que tipo): _____

Digestive System (Sistema digestivo)

GERD / acid reflux..... Yes No
 (GERD / reflujo de ácido estomacal)
 Ulcers (Úlceras).....Yes No
 Frequent nausea / vomiting... Yes No
 (nausea frecuente o vomito)
 Liver disease / jaundice..... Yes No
 (Enfermedad del hígado / ictericia)
 Other digestive disorder..... Yes No
 (Otro desorden digestivo)
 If yes, what type: _____
 (Que tipo): _____

Immune System (Sistema inmune)

Persistent fever.....Yes No
 (Fiebre Persistente)
 Multiple sclerosis..... Yes No
 (Esclerosis múltiple)
 Lupus (Lupus).....Yes No
 Sjogren's syndrome..... Yes No
 (Síndrome de Sjogren)

Fibromyalgia..... Yes No
 (Fibromialgia)
 Rheumatoid arthritis.....Yes No
 (Artritis reumatoide)

Cancer History (Historia de cancer)

Leukemia.....Yes No
 (Leucemia)
 Tumors/growths..... Yes No
 (Tumores)
 If yes, what type/ treatment?
 (Que tipo / Tratamiento): _____

Allergy History (Historia de alergias)

Dental anesthetics..... Yes No
 (Anestésicos dentales)
 Latex products.....Yes No
 (Productos de látex)
 Medicine:..... Yes No
 (medicinas)
 If yes, list medication and reaction
 (Si dijo que si, que tipo de medicina): _____

Metals / jewelry.....Yes No
 (Metales/joyas)
 Other allergy (food/tape/dye) Yes No
 (Otro tipo de alergias)
 If yes, list item and reaction
 (Si dijo que si diga qué tipo de alergia) _____

Recreational drugs (Drogas de recreation)

Smoke tobacco.....Yes No
 (Fuma Tabaco)
 Use marijuana (usa marihuana) Yes No
 Other illicit drug use..... Yes No
 (Usa otro tipo de drogas)
 If yes, what type?
 (Que tipo): _____

Surgical (Cirugías):

VP shunt or revisions..... Yes No
 (VP shunt o revisión)
 If yes, when: _____
 (Que tipo?)
 Vagal nerve stimulator..... Yes No
 (Estimulación del nervio vagal)
 If yes, when: _____
 (Si dijo que si, cuando lo hicieron)
 G-tube Yes No
 (Tubo gástrico)
 Other surgical procedures..... Yes No
 (Otras cirugías)
 If yes, list surgery? _____
 (Que tipo)

Miscellaneous (Otras cosas)

Taken steroids/cortisone Yes No
 (Toma esteroides como cortisona)
 If yes, when: _____
 (Que tipo)
 Taken albuterol for cough.... Yes No
 (Han usado Albuterol antes para la tos)
 If yes, list medication (Si dijo que si, liste los medicamentos): _____

Other (Otro)

Down syndrome..... Yes No
 (Síndrome de Down)
 Other syndrome..... Yes No
 (Otro síndrome)
 If yes, what type: _____
 (Que tipo)
 Developmental delay..... Yes No
 (Retardo de desarrollo)
 Intellectual disability..... Yes No
 (discapacidad intelectual)
 Cerebral palsy..... Yes No
 (Parálisis cerebral)
 Autism (Autismo).....Yes No
 ADHD..... Yes No
 (Trastorno de déficit de atención)
 Combative / aggressive..... Yes No
 (Desorden de agresión)
 Self-abusive.....Yes No
 (Abuso propio)

7. Any other pertinent medical information that has not been asked above (Hay alguna otra información medica que considere pertinente que no se le haya preguntado?)

8. List all current medications/ supplements: Please list names:

(Escriba la lista de medicinas/suplementos que el paciente está tomando)

Name of person filling out form (Nombre de la persona llenando el cuestionario)

Relationship to patient (Cual es la relación con el paciente)

Signature (Firma)

Print Name (Nombre)

Date (Fecha)