



Pacific Dental Hygiene Clinic
 222 SE 8th Ave; Suite 270
 Hillsboro, OR 97123
 (503-352-7373
 dentalhealthclinic@pacificu.edu

MEDICAL HISTORY FORM

Name/Nombre:	DOB/Fecha de nacimiento:	
BACKGROUND		
1. Has there been any changes to your medical history? ¿Han habido cambios en su historia médico?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí Response/Respuesta:
2. Name, phone number & address of physician? ¿Cuál es el nombre, teléfono y dirección de su médico?	<input type="checkbox"/> No physician/No médico Name/Nombre: Phone number/Teléfono: Address/Dirección de su médico:	
3. What was the date of your last visit with a physician, urgent care or hospital? ¿Cuál es la fecha de su última visita con un médico, atención de urgencia u hospital?	Date/Fecha: <input type="checkbox"/> Unknown/Desconocido	
4. Have you had any serious illness, operation or been hospitalized in the last 5 years? ¿Ha tenido una enfermedad grave, una operación o ha sido hospitalizado en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí Response/Respuesta:
5. Why are you here today? ¿Por que está usted hoy aqui?		
6. What is your height & weight? ¿Cuál es su estatura y peso?	Height/Estatura: Weight/Peso:	
MEDICATIONS		
7. Do you take any prescription or non-prescription medications? Please list the name, dosage amount and frequency of each medication. ¿Toma algún medicamento recetado o sin receta?	<input type="checkbox"/> No Proceed to 8 Proseder a 8	<input type="checkbox"/> Yes/Sí Proceed to 7a Proseder a 7a
a. List the following for each medication: <ul style="list-style-type: none"> • Name/Nombre • Dosage amount/ Cantidad de dosis 		

<ul style="list-style-type: none"> • Frequency (how often is the medication taken)/ Frecuencia (con qué frecuencia se toma el medicamento) 		
8. Have you ever taken any diet drugs such as Phen-fen or Redux? ¿Ha tomado pastillas para adelgazar, tales como Redux o Phen-fen?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
9. Are you taking or scheduled to begin taking either Fosamax, Actonel or bisphosphonates for osteoporosis? ¿Está tomando o tiene que empezar a tomar Fosamax o Actonel o los bifosfonatos para la osteoporosis?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
10. Have you been told you need to take premedication prior to dental treatment? ¿Alguna vez le han dicho que necesita tomar premedicamento antes de tratamientos dentales?	<input type="checkbox"/> No Proceed to 11 Proceder a 11	<input type="checkbox"/> Yes/Sí Proceed to 10a & b Proceder a 10a & b
a. Reason for premed? ¿Razón de la premedicación		
b. What medication will be taken prior to your appointment? ¿Qué medicamento se tomara antes de su cita?		
Do you currently or have you had any of the following? ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?		
Cardiovascular		
11. Heart murmur/Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
12. High blood pressure/Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
13. Low blood pressure/Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
14. Rheumatic fever/Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
15. Heart valve replacement/Reemplazo de una válvula del corazón	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí

16. Cardiovascular disease/Enfermedades del corazón	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
17. Atherosclerosis/Atherosclerosis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
18. Angina/Angina de pecho	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
19. Have you had a heart attack or heart failure? ¿Ha tenido ataque del corazón o insuficiencia cardíaca?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
20. Do you have chest pain when you exercise? ¿Tiene dolor de pecho cuando hace ejercicio?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
21. Pacemaker/Marcapasos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
Ears Nose and Throat		
22. Recurrent sinus infection/Sinusitis recurrente	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
23. Recurrent infection in the ears, nose or throat/ Infecciones recurrentes en el oído, nariz o garganta	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
Respiratory		
24. Asthma/Asma	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
25. Bronchitis or pneumonia/Bronquitis o neumonía	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
26. Emphysema or COPD/Enfisema o enfermedad pulmonar obstructiva crónica	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
27. Tuberculosis (TB)/Tuberculosis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
28. Have you tested positive for Covid-19? ¿Ha dado positivo para COVID-19?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
Gastrointestinal		
29. Gastrointestinal disease/Enfermedad gastrointestinal	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
30. Acid reflux/Reflujo ácido	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
31. Ulcers/Ulceras	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
32. Heartburn/Ardor en el estómago	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
33. Hepatitis, jaundice or liver disease/Hepatitis, ictericia o enfermedades del hígado	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
Genitourinary		

34. Sexually transmitted disease/Enfermedades venereas o transmitidas sexualmente	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
35. Excessive urination/Orina excesivamente	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
36. Kidney problems/Enfermedades renales o del riñon	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
Pregnancy/Embarazo Nursing/Lactando		
37. Are you pregnant or plan to become pregnant? ¿Está embarazada o tiene planes de quedar embarazada?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
38. Are you nursing? ¿Da de lactar o da pecho?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
Musculoskeletal		
39. Osteoporosis/Osteoporosis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
40. Do you have any joint replacement(s)? ¿Le han reemplazado completamente alguna articulación?	<input type="checkbox"/> No Proceed to 41 Proceder a 41	<input type="checkbox"/> Yes/Sí Proceed to 40a Proceder a 40a
a. Location of joint replacement and when was it completed? ¿Ubicación del reemplazo de la articulación y cuándo se completó?		
Integumentary – Skin		
41. Recurrent skin infections/Infecciones recurrentes de la piel	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
Neurological		
42. Epilepsy/Epilepsia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
43. Stroke/Embolio cerebral	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
44. Fainting/Desmayos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
45. Seizures/Convulsiones	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
46. Sleeping disorders/Transtornos del sueños	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
47. Severe headaches or migraines/Dolores de cabeza severos o migrañas	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
Constitution		

48. Rapid or unexplained weight loss/Pérdida de peso rápida o inexplicable	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
49. Feelings of exhaustion/Sentimientos de agotamiento	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
Endocrine		
50. Diabetes/Diabetes	<input type="checkbox"/> No Proceed to 51 Proceder a 51	<input type="checkbox"/> Yes/Sí Proceed to 50a & b Proceder a 50a & b
a. What type of diabetes? ¿Que tipo de diabetes?	<input type="checkbox"/> Type/Tipo 1	<input type="checkbox"/> Type/Tipo 2
b. Value of your last A1C? ¿Valor de su última A1C?		
51. Thyroid problems/Enfermedad de la glándula tiroides	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
Hematologic/Lymphatic		
52. Cancer/Cáncer	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
53. Family history of cancer/Antecedentes familiares de cancer	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
54. Persistent swollen glands in neck/Glándulas hinchadas persistentes en el cuello	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
55. Excessive bleeding or bruising/Sangrado excesivo o moretones	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
56. Blood transfusion/Transfusiones de sangre	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
57. Anemic/Anemia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
58. Hemophilia/Hemofilia	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
Allergy/Immunologic		
59. Allergies to medications/Alergias a los medicamentos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
60. Allergy to local anesthetics/Alergia a anestésicos locales	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
61. Allergy to latex/Alergia al latex	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
62. Seasonal allergies/Alergias estacionales	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí

63. Other allergies/Otras alergias	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
64. HIV or AIDS/SIDA o VIH	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
65. Arthritis/Artritis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
66. Lupus/Lupus	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
Eyes		
67. Do you wear contacts? ¿Usa lentes de contacto?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
68. Glaucoma/Glaucoma	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
Psychiatric		
69. Mental health disorders/Transtorno mental	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
70. Eating disorders/Transtorno de la alimentación	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
71. Nervous problems/Problemas nerviosos	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
Social History		
72. Smoke or chew tobacco/Fumar o masticar Tabaco	<input type="checkbox"/> No Proceed to 73 Proceder a 73	<input type="checkbox"/> Yes/Sí Proceed to 72a & b Proceder a 72a & b
a. What type of tobacco? ¿Que tipo de tabaco?		
b. How often in a week? ¿Con que frecuencia en una semana?		
73. Do you drink alcohol? ¿Toma bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> No Proceed to 74 Proceder a 74	<input type="checkbox"/> Yes/Sí Proceed to 73a Proceder a 73a
a. How many per week? ¿Cuántas bebidas en una semana?		
74. Do you use marijuana? ¿Usa marihuana?	<input type="checkbox"/> No Proceed to 75 Proceder a 75	<input type="checkbox"/> Yes/Sí Proceed to 74a & b Proceder a 74a & b
a. What type of marijuana? ¿Que tipo de marihuana?		
b. How often in a week? ¿Con qué frecuencia en una		

semana?		
75. Do you use illegal or street drugs? ¿Usa drogas recreativas?	<input type="checkbox"/> No Proceed to 76 Proceder a 76	<input type="checkbox"/> Yes/Sí Proceed to 75a & b Proceder a 75a & b
a. What type? ¿Que tipo?		
b. How often in a week? ¿Con qué frecuencia en una semana?		
Other		
76. Have you had a transplant? ¿Ha tenido un trasplante?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
77. Do you have any other conditions, illnesses or problems that were not listed that we need to know? ¿Tiene alguna condicion(es), enfermedades o problema(s) que no fueron mencionados que necesitamos saber?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí Response/Respuesta:
Agreement		
<p>The information is correct to the best of my knowledge. I will not hold the clinician or Pacific University responsible for any information that I have not disclosed.</p> <p>La información es correcta al lo mejor de mi conocimiento. No consideraré responsable a mi proveedor(a), o Pacific University por cualquier información que no he revelado.</p>		
Do you agree to the statement above? ¿Está de acuerdo con la declaración?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
Signature (add DocuSign signature here)		
Date		

DENTAL HISTORY FORM

Background	
1. What is the name, address and phone # of your current dentist? ¿Cuál es el nombre, la dirección y el número de teléfono de su dentista?	<input type="checkbox"/> No dentist/No dentista Name/Nombre: Phone number/Teléfono: Address/Dirección de su médico:

2. What are your current dental concerns? ¿Que condiciones dentales le preocupan al momento?		
3. How often do you visit the dentist? ¿Con qué frecuencia va al dentista?		
4. When was your last dental visit and what was completed? ¿Cuál es la fecha de su última visita al dentista y qué servicio dental recibio en su ultima visita al dentista?		
5. Have you ever had a full mouth series (FMX) or a pano? ¿Ha tenido una serie completa de radiografías o radiografía panoramica?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí <input type="checkbox"/> Pano/Panoramica <input type="checkbox"/> FMX/Serie Completa
6. What was the date of your last xrays? ¿Cuál es la fecha de su últimas radiografías?		
7. Have you ever had an unpleasant dental experience? ¿Alguna vez ha tenido una visita desagradable con el/la dentista?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
8. Do you have any pain in your teeth or gums today? ¿Tiene dolor en sus dientes o encías hoy?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
9. Do you have any sensitivity to hot, colds or sweets? ¿Tiene alguna sensibilidad al calor, frío o dulces?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
10. Have you ever had any accidents or surgery to your mouth, jaw or face? ¿Alguna vez ha tenido accidentes o cirugías en la boca, la mandíbula o la cara?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
11. Do you have any pain in your TMJ? ¿Tiene algún dolor en su TMJ?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
12. Do you currently have any sores in your mouth? ¿Tiene llagas/lastimaduras in la boca?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
13. Do you have any dental implants? ¿Tiene implantes dentales?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
14. Have you ever had orthodontic treatment? ¿Ha recibido tratamiento de ortodoncia?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
15. Do you have any oral habits? ¿Tiene algun hábitos orales? Clenching/Apretando Grinding/Molienda de los dientes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí

Nail biting/Mordiéndolo las uñas Thumb sucking/Chuparse el dedo		
Oral Hygiene Questions		
16. How often do you brush your teeth? ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes?		
17. How long do you brush your teeth? ¿Cuánto tiempo se cepilla los dientes?		
18. What toothpaste are you using? ¿Qué pasta de dientes está usando?		
19. Does the toothpaste have fluoride? ¿La pasta de dientes tiene fluoruro?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí
20. Do you clean between your teeth? ¿Se limpia entre los dientes?	<input type="checkbox"/> No Proceed to 21 Proceder a 21	<input type="checkbox"/> Yes/Sí Proceed to 20a Proceder a 20a
a. What do you use between your teeth and how often in a week? ¿Qué usa para limpiar entre sus dientes y con qué frecuencia en una semana?		
21. Do you use any mouthrinses? ¿Usa enjuages bucales?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes/Sí Proceed to 21a Proceder a 21a
a. What mouthrinse do you use and how often in a week? ¿Qué enjuague bucal usa y con qué frecuencia en una semana?		