



Welcome to Coast Dental / Bienvenido a Coast Dental

Patient Information / Información del Paciente

.....
First Name / Nombre Last Name / Apellido

.....
Address / Dirección

.....
City / Ciudad State / Estado Zip / Código postal

.....
Home Phone Number / Teléfono particular Work Phone Number / Teléfono laboral Cell Phone Number / Teléfono celular

I would like to receive and confirm appointment reminders by text message. / Quiero recibir y confirmar recordatorios de citas por mensaje de texto.

▲ Text Message Notice / Notificación de mensajes de texto

By checking the above, I consent to receive text messages. I understand that text messaging rates and fees may apply as determined by my cellular provider. Coast Dental is not responsible for any fees charged to me by my cellular provider. If at any time I wish to discontinue receiving text messages from Coast Dental, I can text "STOP" to 69979. / Si me marca anterior, doy mi consentimiento para recibir mensajes de texto. Yo entiendo que puedo incurrir en cargos por mensajes de texto según lo determinado por mi proveedor de servicio celular. Coast Dental no es responsable por los cargos impuestos por mi proveedor de servicio celular. Si alguna vez quiero dejar de recibir mensajes de texto Coast Dental, entonces puedo enviar un texto "STOP" al 69979.

.....
Email / Correo electrónico

By providing my email address, I consent to receive emailed appointment reminders and patient communications from Coast Dental. I understand I may unsubscribe at any time. / Al proporcionar mi correo electrónico, doy mi consentimiento para recibir recordatorios de citas por correo electrónico y comunicaciones para pacientes de Coast Dental. Entiendo que puedo cancelar la suscripción en cualquier momento.

.....
Social Security Number / Número de Seguro Social Date of Birth / Fecha de nacimiento

.....
Emergency Contact Name / Nombre del contacto de emergencia Phone Number / Teléfono

Policy Holder/Responsible Party Information / Información del Responsable/Titular de Póliza

.....
Name (if other than patient name) / Nombre (si no es el paciente) Relationship to Patient / Relación al Paciente

.....
Address / Dirección City / Ciudad State / Estado Zip / Código postal

.....
Social Security Number / Número de Seguro Social Policy Holder's Date of Birth / Fecha de Nacimiento del Titular de Póliza

.....
Employer Name / Nombre del Empleador Insurance Company / Empresa de Seguro Union/Local / Sindicato/Local Group or Policy Number / Número de Póliza o Grupo

Dental History / Antecedentes Dentales

.....
Previous Dentist Name / Nombre del Dentista Anterior Reason for Leaving / Motivo de Abandono

.....
Date of last cleaning / Fecha de última limpieza Explain the reason for your visit today / Explique el motivo de la visita de hoy

.....
How did you hear about us? / ¿Cómo se enteró de nosotros?

Dental History / Antecedentes Dentales (continuación)

<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Are you experiencing any discomfort? ¿Siente alguna molestia?	If yes, how would you rate your discomfort from 1-10, with 10 being the highest? Si su respuesta es Si, por favor provea la intensidad de la incomodidad entre el numero 1 siendo el menos intenso y el 10 siendo el mas intenso.	Pain level. Please circle one. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Do you snore? ¿Usted ronca?	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Do you take a fluoride supplement? ¿Toma suplemento de flúor?	Please check any habits: / Por favor marque cualquiera de estos hábitos: <input type="checkbox"/> Nail Biting / Morderse las uñas <input type="checkbox"/> Lip Biting / Morderse el labio <input type="checkbox"/> Mouth Breathing / Respirar por la boca <input type="checkbox"/> Thumb Sucking / Chuparse el dedo pulgar <input type="checkbox"/> Night Grinding / Rechinar los dientes por la noche <input type="checkbox"/> Pencil biting / Morder el lápiz
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Do you have bleeding gums? ¿Le sangran las encías?	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Do you use tobacco (smoke or chew)? ¿Consume tabaco (fumar o masticar)?	
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Do you have bad breath? ¿Tiene mal aliento?	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Do you drink coffee or tea? ¿Bebe café o té?	
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Do you grind your teeth? ¿Aprieta los dientes?	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Interested in having whiter/brighter teeth? ¿Le interesaría tener dientes más blancos/brillantes?	
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Do you play sports? ¿Practica algún deporte?	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Do you have difficulty brushing your teeth? ¿Tiene dificultades para cepillarse los dientes?	
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Are you sensitive to hot, cold or sweets? ¿Tiene sensibilidad al calor, el frío o los dulces?	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Have you ever been in an accident that damaged your teeth? ¿Alguna vez sufrió un accidente que dañó sus dientes?	
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Have you ever received Periodontal (Gum) Therapy? ¿Ha recibido terapia periodontal (de las encías) alguna vez?	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Does your jaw pop or do you hear clicking when chewing? ¿Tiene la mandíbula desplazada hacia adelante o escucha chasquear sus dientes cuando mastica?	
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Have you ever worn braces? ¿Alguna vez ha usaclo tirantes?	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Do you have any missing teeth? ¿Tiene algún dientes perdidos?	
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Are you interested in clear aligners? ¿Esta interesado en Alineadores Transparentes?			

How would you rate your smile on a scale from 1 to 10, with 10 being the highest? / ¿Cómo calificaría su sonrisa en una escala de 1 al 10, siendo 10 la calificación más alta?

Please circle one.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Dentures/Partial Patients / Pacientes con Prótesis Parciales/dentaduras

<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Do you wear a denture or partial? ¿Usa dentadura postiza o prótesis parciales?	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Does your denture cause irritation/soreness? ¿La dentadura postiza, ¿le causa irritación/dolor?
	How old is your denture or partial? / ¿Qué antigüedad tiene su dentadura postiza o prótesis parcial?	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Are your dentures loose? ¿Su dentadura postiza está floja?

Medical History / Antecedentes médicos

Primary Care Physician Name / Médico de Atención Primaria

Physician Phone Number / Teléfono del Médico

<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Are you under a physician's care? / ¿Se atiende con algún médico?
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Have you ever been hospitalized or had a major operation? / ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o ha sido sometido una intervención quirúrgica importante?
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Have you ever had a serious head or neck injury? / ¿Ha sufrido alguna vez una lesión de cabeza o cuello grave?
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Women: Are you pregnant, trying to get pregnant or nursing? / Mujeres: ¿Está embarazada, intentando quedar embarazada o amamantando?
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Do you use controlled substances? / ¿Utiliza sustancias de consumo controlado?
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Do you use recreational substances? / ¿Utiliza sustancias recreativas?

If you answered yes to any of these questions, please explain: / Si respondió sí a cualquiera de las preguntas, por favor explique:

.....

.....

.....

.....

Are you allergic or do you react adversely to any of the following? / ¿Es usted alérgico o sufre reacciones adversas a alguno de los siguientes elementos?

<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Aspirin / Aspirina	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Penicillin or other antibiotics, please specify: / Penicilina u otros antibióticos, por favor especifique:
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Tetracycline / Tetraciclina	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Barbiturates, sedatives or sleeping pills / Barbitúricos, sedantes u otras píldoras para dormir
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Latex / Látex	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Local anesthetics (Novacaine-like medication) / Anestésicos locales (medicamento parecido a la Novocaína)
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Sulfa drugs / Fármacos con sulfa	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Acrylic / Acrílico
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Metal / Metal	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Codeine / Codeína
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Milk protein / Proteína de la leche	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Other, please specify: / Otros, por favor especifique:

Medical History (continued) / Antecedentes Médicos (continuación)

Please check any conditions that you currently or previously have had: / Marque las condiciones que tenga actualmente o que haya tenido anteriormente:

<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	AIDS/HIV Positive SIDA/VIH positivo	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Diabetes Diabetes	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Hepatitis B or C Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Recent Weight Loss Pérdida de peso reciente
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Alzheimer's Disease Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Drug Addiction Drogadicción	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Herpes Herpes	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Renal Dialysis Diálisis renal
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Anaphylaxis Anafilaxis	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Easily Winded Se agita fácilmente	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	High Blood Pressure Presión arterial elevada	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Rheumatic Fever Fiebre reumática
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Anemia Anemia	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Emphysema Enfisema	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Hives or Rash Erupciones	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Rheumatism Reumatismo
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Angina Angina	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Endocarditis Endocarditis	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Hypoglycemia Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Scarlet Fever Escarlatina
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Arthritis/Gout Artritis/Gota	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Epilepsy or Seizures Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Human Papillomavirus (HPV) / Virus del papiloma humano (VPH)	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Shingles Culebrilla
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Artificial Heart Valve* / Válvula cardíaca artificial*	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Excessive Bleeding Hemorragia excesiva	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Irregular Heartbeat / Fre- cuencia cardíaca irregular	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Sickle Cell Disease Células falciformes
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Artificial Joint* Articulación artificial*	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Excessive Thirst Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Kidney Problems Problemas renales	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Sinus Problem / Problemas en los senos paranasales
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Asthma Asma	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Fainting Spells/Dizziness Desmayos/mareos	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Leukemia Leucemia	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Sleep Apnea Apnea del sueño
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Blood Disease Enfermedad sanguínea	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Frequent Cough Tos frecuente	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Liver Disease Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Spina Bifida Espina bífida
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Blood Transfusion Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Frequent Diarrhea Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Low Blood Pressure Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Stomach/Intestinal Disease / Enfermedades estomacales/intestinales
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Breathing Problem Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Frequent Headaches Dolores de cabeza fre- cuentes	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Lung Disease Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Stroke / Accidente cerebrovascular
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Bruise Easily Formación de moretones	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Glaucoma Glaucoma	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Mitral Valve Prolapse* Prolapso de válvula mitral*	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Swelling of Limbs Hinchazón de las extremidades
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Cancer / Cáncer	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Hay Fever Fiebre del heno	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Osteoporosis Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Thyroid Disease Enfermedad tiroidea
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Chemotherapy Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Heart Attack/Failure / Insufi- ciencia/ataque cardíaco	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Pain in Jaw Joints Dolor en las articulaciones mandibulares	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Tonsillitis Amigdalitis
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Chest Pains Dolores en el pecho	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Heart Murmur* Soplo cardíaco*	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Parathyroid Disease Enfermedad paratiroidea	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Tuberculosis Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Cold Sores/Fever Blisters Aftas/ampollas	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Heart Pacemaker* Marcapasos cardíaco*	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Parkinson's Disease / En- fermedad de Parkinson's	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Tumors or Growths Tumores o crecimientos
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Congenital Heart Disorder Trastorno cardíaco congénito	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Heart Trouble/Disease Problemo cardíaco	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Pins, Rods, Stints or Shunts / Pernos, varillas, soportes y desviaciones	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Ulcers Úlceras
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Convulsions Convulsiones	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Hemophilia Hemofilia	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Psychiatric Care Atención psiquiátrica	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Venereal Disease Enfermedad venérea
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Cortisone Medicine Medicación con cortisona	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Hepatitis A Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Radiation Treatments Radioterapia	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Yellow Jaundice Ictericia

*Condition may require medication. / *Estas condiciones pueden requerir medicación

List any major illness not listed above: / Mencione cualquier enfermedad importante que no se haya mencionado anteriormente:

Please check any medications and/or supplements taken in the past 12 months: / Marque los medicamentos y/o los suplementos que haya tomado en los últimos 12 meses:

<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Tranquillizer / Tranquilizantes	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Heart medications / Medicamentos para el corazón	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Antibiotics or sulfa drugs; if yes, please specify: / Antibióticos o fármacos con sulfa; En caso afirmativo, por favor especifique:
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Aspirin (daily) / Aspirina (diariamente)	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Nitroglycerine / Nitroglicerina		
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Insulin or diabetes medication / Insulina o medicamentos para la diabetes	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Anticoagulants (e.g. Coumadin, blood thin- ners) / Anticoagulantes (por ej. Coumadin)		
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Herbal supplements / Suplementos a base de hierbas	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Contraceptives / Pildoras anticonceptivas	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Bisphosphonates (used to treat osteoporo- sis, such as Fosamax, Boniva, Actonel and Zometa) / Bifosfonatos (usados para tratar la osteoporosis, como Fosamax, Boniva, Actonel y Zometa)
<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	High blood pressure medicine Medicina para la presión arterial elevada	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	Phen-Fen or Redux / Phen-Fen o Redux		

Medical History (continued) / Antecedentes Médicos (continuación)

List all medications/supplements you are currently taking: / Mencione todos los medicamentos/suplementos que esté tomando actualmente:

I have answered all questions to the best of my knowledge. I will notify the dental health provider of any change in my health or medication at each visit. If I have completed this form on behalf of a minor patient, I understand that I must remain in the dental practice during the entire length of each visit and/or procedure(s).

I authorize the dentist/hygienist to use the necessary local/topical anesthesia to perform my treatment in a safe, effective manner during this visit and any future visits. I understand that my failure to provide information on previous adverse reactions may cause unforeseen negative reactions. I release Coast Dental of all liability regarding undisclosed medical history information.

He respondido a todas las preguntas según mi conocimiento. Le avisaré al proveedor de salud dental en caso de cualquier cambio en mi salud o medicamento durante cada visita. Si he completado este formulario en nombre de paciente menor de edad, entiendo que debo permanecer en la clínica dental durante toda la duración de cada visita y/o procedimiento(s).

Autorizo al dentista/higienista a usar el anestésico local/tópico necesario para realizar mi tratamiento de forma segura y efectiva durante esta visita y en las visitas futuras. Entiendo que si no proporciono información sobre reacciones adversas anteriores es posible que se provoquen reacciones negativas inesperadas. Libero a Coast Dental de toda responsabilidad sobre la información de antecedentes médicos que yo no haya mencionado.

Signature of Patient or Guardian / Firma del Paciente o Tutor	If authorized guardian, relationship to patient / Si es el tutor autorizado, relación al paciente	Date / Fecha
Witness Name / Nombre del testigo	Witness Signature / Firma del testigo	
Dentist Name / Nombre del Dentista	Dentist Signature / Firma del Dentista	Date / Fecha

FOR OFFICE USE ONLY / SÓLO PARA USO INTERNO

Medical History Update / Actualización de antecedentes médicos

Please review your medical history on the previous pages and answer the following questions about any changes to your medical history since your last visit. / Por favor, revise sus antecedentes médicos en las páginas anteriores y responda a las siguientes preguntas sobre cualquier cambio en sus antecedentes médicos desde su última visita.

Date / Fecha	Are you experiencing any discomfort? If yes, how would you rate your discomfort from 1-10, with 10 being the highest? ¿Siente alguna molestia? Si su respuesta es Si, porfavor provea la intensidad de la incomodidad entre el numero 1 siendo el menos intenso y el 10 siendo el mas intenso.		Have there been any changes in your medical history since your last visit? If you answered yes, please explain and indicate in the medical history section on the previous page. ¿Existe algún cambio en sus antecedentes médicos desde su última visita? Si respondió que sí, por favor explique e indique en la sección de antecedentes médicos de la página anterior.		Have you been hospitalized for any reason or had joint replacement surgery since your last visit? ¿Lo han hospitalizado por alguna razón o le han realizado una operación de reemplazo de articulaciones desde su última visita?		Have there been any recent changes or additions to your medications including the use of herbs, teas, vitamins, or hormone replacements? If you answered yes, please explain and indicate in the medications/supplements section above. Ha habido algun cambio reciente en sus medicamentos o le han añadido algun suplemento adicional, incluyendo, hierbas, té, vitaminas o reemplacadores de hormonas? Si su respuesta es Si, porfavor de una breve explicación y indique los medicamentos/suplementos en la seccion de arriba.	
	Patient Initials / Iniciales del paciente	Dentist Initials / Iniciales del dentista	Patient Initials / Iniciales del paciente	Dentist Initials / Iniciales del dentista	Patient Initials / Iniciales del paciente	Dentist Initials / Iniciales del dentista	Patient Initials / Iniciales del paciente	Dentist Initials / Iniciales del dentista
	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N		<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N		<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N		<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	
	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N		<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N		<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N		<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	
	<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N		<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N		<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N		<input type="checkbox"/> Y/S <input type="checkbox"/> N/N	