

**GUILFORD COUNTY DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES – PUBLIC HEALTH
DENTAL CHART-ADULT**

Identification No _____

Date _____

Medicaid No _____ H Choice No _____

Other Insur _____

Name _____
 Nombre Last /Apellido First/Primer Nombre M/Segundo Nombre Date of Birth/ Fecha de Nacimiento Sex/Sexo Race/Raza

Guardian _____ Address _____ Zip Code _____
 Dirección Código Postal

Relationship _____ Telephone _____ Alternate Tel _____
 Relación Teléfono Otro Teléfono

Medical History Review - Revisión Del Historial Medico

Date/Fecha: _____ Staff Signature: _____ Parent/Guardian Signature: _____
 Firma de Personal: _____ Firma del Padre/Guardián: _____

Do you have any of the following? ¿Tienes alguno de los siguientes síntomas?

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | ADD/ADHD – Déficit de Atención /Hiperactividad | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | HIV/AIDS – VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | High Blood Pressure-Alta Presión Sanguínea | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Diabetes |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Jaundice-Ictericia | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Seizures-Ataques |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Asthma-Asma | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Fainting-Desmayos |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Bleeding Problems-Problemas de Sangrado | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Skin Disease-Enfermedad de la Piel |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Hearing Disorders-Problemas de Audicion (del Oído) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Kidney Disease-Enfermedad de los Riñones |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Birth Defects-Defectos de Nacimiento | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Latex Allergies-Alergias al Látex |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Breathing Problems- Problemas para Respirar | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Rheumatic Fever- La Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Speech Disorder- Problemas con el Habla | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Cerebral Palsy-Parálisis Cerebral |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Heart Disease-Enfermedad Cardiaca | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Heart Murmur- Soplo en el Corazón |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Sickle Cell Disease- Enfermedad de las Células Falciformes | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Cancer |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Sickle Cell Trait- Rasgo de las Células Falciformes | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Autism-Autismo |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes/Si | Mental Health Disorder- Disordenes Mentales | | |

Do you take medications of any kind? If yes, list and give reason for taking / ¿Esta usted tomando medicinas de cualquier tipo?

En caso que si, listar y dar la razón porque las tomas. _____

Do you have any allergies? If so, allergic to medications, environmental and/or food? / ¿Eres alergias (a las medicinas)? En caso que si, ¿eres alérgica a medicamentos, ambiente y/o comidas? _____

Have you ever been admitted to a hospital? How many times? Why? / ¿Usted ha estado ingresada alguna vez en el hospital? ¿Cuántas veces? ¿Y por qué? _____

Have you had any surgeries? If yes, how many and what were the surgeries for? / ¿Haz tenido alguna cirugía? En caso que si, ¿Cuántas y para que fueron las cirugías? _____

Have you been diagnosed with any sexually transmitted diseases? / ¿Ha sido diagnosticada con alguna enfermedad transmitida sexualmente? _____

Are you pregnant? / ¿Estás embarazada? _____ How many weeks? / ¿Cuántas semanas? _____

Do you use recreational and/or controlled substances(drugs)? If yes, How often? / ¿Usas sustancias recreativas y/o controladas (drogas)? Si es así, ¿con qué frecuencia? _____

Do you use tobacco (smoking, vape, snuff, chew)? / ¿Usas tabaco (fumar, vape, masticar tabaco)? _____
 If yes, please specify which tobacco products you use and amount per day. / En caso que si, especifique que productos de tabaco usas y la cantidad por dia. _____

Are you interested in quitting? / ¿Está interesado en dejar de fumar? _____

Do you have any other medical issues? / ¿Tienes otros problemas médicos? _____

**GUILFORD COUNTY DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES – PUBLIC HEALTH
DENTAL CHART-ADULT**

Continued/Continuo

Patient Name/Nombre del Paciente _____ **Date of Birth/Fecha de Nacimiento** _____

Medical History Review - Revisión de Historia Clínica

Date/Fecha: _____ Staff Signature: _____ Parent/Guardian Signature: _____
Firma de Personal: _____ Firma del Padre/Guardián: _____

Indicate any changes from original Medical History - Indique cualquier cambio del Historia Medico original
 No Changes/No hay cambios

Medical History Review - Revisión de Historia Clínica

Date/Fecha: _____ Staff Signature: _____ Parent/Guardian Signature: _____
Firma de Personal: _____ Firma del Padre/Guardián: _____

Indicate any changes from original Medical History - Indique cualquier cambio del Historia Medico original
 No Changes/No hay cambios

Medical History Review - Revisión de Historia Clínica

Date/Fecha: _____ Staff Signature: _____ Parent/Guardian Signature: _____
Firma de Personal: _____ Firma del Padre/Guardián: _____

Indicate any changes from original Medical History - Indique cualquier cambio del Historia Medico original
 No Changes/No hay cambios

Medical History Review - Revisión de Historia Clínica

Date/Fecha: _____ Staff Signature: _____ Parent/Guardian Signature: _____
Firma de Personal: _____ Firma del Padre/Guardián: _____

Indicate any changes from original Medical History - Indique cualquier cambio del Historia Medico original
 No Changes/No hay cambios

Medical History Review - Revisión de Historia Clínica

Date/Fecha: _____ Staff Signature: _____ Parent/Guardian Signature: _____
Firma de Personal: _____ Firma del Padre/Guardián: _____

Indicate any changes from original Medical History - Indique cualquier cambio del Historia Medico original
 No Changes/No hay cambios

Medical History Review - Revisión de Historia Clínica

Date/Fecha: _____ Staff Signature: _____ Parent/Guardian Signature: _____
Firma de Personal: _____ Firma del Padre/Guardián: _____

Indicate any changes from original Medical History - Indique cualquier cambio del Historia Medico original
 No Changes/No hay cambios

Medical History Review - Revisión de Historia Clínica

Date/Fecha: _____ Staff Signature: _____ Parent/Guardian Signature: _____
Firma de Personal: _____ Firma del Padre/Guardián: _____

Indicate any changes from original Medical History - Indique cualquier cambio del Historia Medico original
 No Changes/No hay cambios

Medical History Review - Revisión de Historia Clínica

Date/Fecha: _____ Staff Signature: _____ Parent/Guardian Signature: _____
Firma de Personal: _____ Firma del Padre/Guardián: _____

Indicate any changes from original Medical History - Indique cualquier cambio del Historia Medico original
 No Changes/No hay cambios