

Please answer questions to the best of your ability.

Responda las preguntas lo mejor que pueda.

Current dental concerns/ Problemas dentales actuales:

List all prescription medications, over the counter medications, vitamins and supplements you are currently taking/Lista de medicamentos, vitaminas:

Reactions or allergies to medications/ Reacciones o alergias a medicamentos.:

Last Dental Visit (Date)/ Última visita dental (Fecha): _____

Location/Lugar: _____

1. **Do you feel very nervous about having dental treatment? / ¿Te sientes muy nervioso por tener tratamiento dental?**

Yes/Si **No/No**

2. **Have you ever had a bad experience in the dental office? / ¿Ha tenido una mala experiencia en el consultorio dental?**

Yes/Si **No/No**

Social History/Historia Social

Do you use tobacco? / ¿Usas tabaco?

Yes/Si **No/No** **in the past/el pasado**

Type/Tipo: **Cigars/Cigarros** **Chewing Tobacco/mascando tabaco**

If cigarettes, how many years have you smoked? / Si fumas cigarrillos, ¿cuántos años has fumado? _____

How many packs a day? / ¿Cuántos paquetes al día? _____

Do you drink alcohol? / ¿Bebes alcohol? **Yes/Si** **No/No**

Drinks/day/ Bebidas / día: _____ **Drinks/week/ Bebidas / semana:** _____

How would you describe your health? / ¿Cómo describirías tu salud?

Good/Bien **Fair/Justo(a)** **Poor/Pobre**

Do you use recreational drugs? / ¿Usas drogas recreativas?

Yes/Si **No/No** **Which ones? / ¿Cuáles?** _____

How often? / ¿Con qué frecuencia? _____