

Do You Have Any Of The Following Problems? (Padece Usted, o A Padecido Usted Alguna Vez De Cualquiera de Las Enfermedades O Problemas Que Siguen?)

Yes No

- Heart Trouble Attack, Stroke** (Enfermedad Cardiovascular: Problemas Con El Corazon, Ataque al Corazon, Insuficiencia Coronaria, Occlusion Coronaria, Ataque de Paralisis.
- High Blood Pressure, Hypertension** (Presion Arterial Alta)
- Low Blood Pressure** (Presion Arterial Baja)
- Pain In Chest** (Dolor En El Pecho O Anginas)
- Swelling In Ankles** (Se Le Hincham A Usted Los Tobillos)
- Mitral Valve Prolapse, Rheumatic Fever, Heart Murmurs** (Tiene Usted Defectos Cardiacos Congenitos Incluyendo Soplos Cardiacos O Enfermedad Cardiaca Reumatica)
- Artificial Heart Valve** (Valvulas Del Corazon Averiadas O Valvulas Postizas Del Corazon)
- Pacemaker** (Marcapasos Cardiacos)
- Artificial Joints** (Articulaciones Artificiales)
- Kidney Trouble** (Problemas Con Los Riñones)
- Liver Problems** (Problemas O Enfermedad Del Hgado)
- Stomach Or Digestive Problems Or Ulcers** (Enfermedad Del Estomago O Ulceras Gastricas)
- Hepatitis or Jaundice** (Hepatitis)
- Arthritis** (Artritis)
- Tuberculosis, Lung Ailments** (Tuberculosis o Enfermedades Del Pulmon)
- Blood Disorders Or Anemia** (Problemas En La Sangre O Anemia)
- Diabetes** (Diabetes)
- Asthma, Hay Fever, Allergies** (Asma, Fiebre Del Heno, o Alergias)
- Cancer** (Cancer)
- Venereal Disease** (Enfermedades Contraidas Por Media Del Contacto Sexual)
- Seizures, Fainting Spells, Black Outs** (Ha Tenido Usted Ataques de Convulsiones, Desmallos, o Perdida de Razon)
- Aids Or HIV Positive** (SIDA o Infeccion Causada Por El Virus HTLV-III)
- Psychiatric Problems** (Problemas Con La Salud Mental/Psiquiatricos)

ARE YOU ALERGIC TO (ES USTED ALERGICO/A O A REACCIONADO ADVERSAMENTE A:

Yes No

- Penicillin** (Penicilina u Otros Antibioticos)
- Local Anesthetics** (Anesteticos Locales)
- Sulfa Drugs** (Drogas o Medicinas Que Contienen Sulfa)
- Barbiturates, Sedatives, Tranquilizers, or Sleeping Pills** (Barbituricos, Sedativos, Calmantes o Pildoras Para Dormir)
- Aspirin** (Aspirina)
- Iodine** (Yodo)
- Codeine or Other Narcotics** (Codeina u Otros Narcoticos)
- Any Other Medications** (Otras Medicinas)

Signature (Firma) _____ Date (Fecha) _____

Signature of Dentist (Firma Del Dentista) _____ Date (Fecha) _____