

Name/Nombre/ਨਾਂ \_\_\_\_\_ Date of Birth/Fecha de Nacimiento/ਜਨਮ ਤਰੀਕ \_\_\_\_\_

Insurance/Seguro/ਏਨਸੂਰਨਸ \_\_\_\_\_ Soc Sec #/ਸੋਸ਼ਲ ਸਿਕਿਰੀਟੀ ਨੁਮਬਰ \_\_\_\_\_

Address/Dirección/ਪਤਾ \_\_\_\_\_

Home Phone/Teléfono en Casa/ਘਰ ਦਾ ਫੋਨ \_\_\_\_\_ Cell Phone/Teléfono Celular/ਸਲ ਫੋਨ \_\_\_\_\_

The listed questions correctly answered will enable your Dentist to better plan your treatment. Please answer all questions by CIRCLING either yes or no or underline when there is more than one condition.

Favor de contestar las siguientes preguntas correctamente, así ayudara a su dentista a planear su tratamiento. Conteste las preguntas haciendo un CIRCULO en si o no. Subraye cuando hay mas de una condicion.

ਬੁਕਵੇਂ ਸਵਾਲ ਤੇ ਗੋਲਦਾਇਰਾ ਵਾਰੇ

Are you under the care of a physician at the present time? ¿Esta bajo tratamiento de un medico?	ਕੀ ਇਸ ਵੇਲੇ ਡਾਕਤਰ ਵਲੋਂ ਤੁਹਾਡਾ ਇਲਾਜ ਚੱਲ ਰਿਹਾ ਹੈ? Si ਹਾਂ No ਨਹੀ
Are you presently taking any medicines? <i>If yes please list.</i> ¿Esta tomando medicinas recetadas ultimamente?	ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਦਵਾਈਆਂ ਲੈ ਰਹੇ ਹੋ? Si ਹਾਂ No ਨਹੀ
Have you ever been told you have trouble with your heart? ¿Le han dicho alguna vez que padece del corazon?	ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦਿਲ ਦੀ ਬੀਮਾਰੀ ਹੈ ਜਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸੀ? Si ਹਾਂ No ਨਹੀ
Has a physician ever said that you had high blood pressure? ¿Le ha dicho el medico alguna vez que tiene la presion alta?	ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਹਾਈ ਬਲਡ ਪਰੈਸ਼ਰ ਹੈ ਜਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸੀ? Si ਹਾਂ No ਨਹੀ
Have you ever had rheumatic fever? ¿Ha padecido alguna vez de fiebre reumatica?	ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਜੋੜਾਂ ਦੇ ਦਰਦ ਦਾ ਬੁਖਾਰ ਹੈ ਜਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸੀ? Si ਹਾਂ No ਨਹੀ
Have you ever had tuberculosis, asthma or other lung troubles, yellow jaundice, liver trouble, gall bladder trouble, or anemia? ¿Ha padecido alguna vez de tuberculosis, asma, problema pulmonary, ictericia (tobaldillo), problemas del higado, vesicular, o anemia? ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਟੀ ਬੀ. ਏਮ, ਜਾਂ ਕੋਈ ਹੋਰ ਫੇਫੜਿਆਂ ਦੀ ਬੀਮਾਰੀ, ਪੀਲੀਆ, ਜਿਗਰ ਦੀ ਬੀਮਾਰੀ, ਮਸਾਨੇ ਦੀ ਬੀਮਾਰੀ, ਜਾਂ ਆਨੀਮੀਆ ਹੈ ਜਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸੀ?	Yes No Si No ਹਾਂ ਨਹੀ
Do you have any allergies or are allergic to any drugs? Please list: ¿Tienes alergias o es alergico a alguna medicina? Liste por favor: ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕੋਈ ਐਲਰਜੀ ਹੈ ਜਾਂ ਕੋਈ ਨਸ਼ਿ ਤੋਂ ਐਲਰਜੀ ਹੈ? ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਲਿਖੋ:	Yes No Si No ਹਾਂ ਨਹੀ
Do you have diabetes? ¿Tiene diabetes?	ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਸ਼ੂਗਰ ਹੈ ਜਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸੀ? Si ਹਾਂ No ਨਹੀ
Do you have any bleeding problems? Prolonged bleeding following tooth extractions or cuts? ¿Sangra con facilidad? Cuando se extrae undiente o se corta sangra por mucho tiempo?	ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਬਲੀਡਿੰਗ ਟੀਆਂ ਨਸ਼ਿਆਵਾਂ ਆਈਆਂ ਹਨ? Si ਹਾਂ No ਨਹੀ
Have you had previous extractions with local anesthesia (needle) or general (gas)? ¿Ha tenido extraociones anteriores con anesthesia local (aguja) o anesthesia-general (gas)?	ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਉੱਤੇ ਸੁਨ ਕਰਨ ਦੀ ਦਿਵਾਈ ਵਰਤੀ ਗਈ ਹੈ? Si ਹਾਂ No ਨਹੀ
Have you ever had any problem prolonged bleeding, excess swelling, pain, or infection when you had a tooth removed? ¿Cuando le han extraido algun diente, ha tenido algun problema? Ha sangrado por mucho tiempo, mucha hinchazon, dolor, infeccion? ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦੀ ਜ਼ਾਦਾ ਖੂਨ, ਸੋਜਿਸ਼, ਪੀੜ, ਜਾਂ ਇੰਫੇਕਸ਼ਨ ਦੀ ਪਰੋਬਲਮ ਦੰਦ ਕਢਨ ਤੋਂ ਬਾਦ ਆਈ ਹੈ?	Yes No Si No ਹਾਂ ਨਹੀ
Have you ever been treated with cortisone or by radiation? (X-ray therapy) ¿Ha tenido algun tratamiento de cortisona o radiacion? (rayos X)	ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਉੱਤੇ ਕੋਰਟੀਜ਼ੋਨ ਜਾਂ ਇਕਸਰੇ ਰਾਪੀ ਵਰਤੀ ਗਈ ਹੈ? Si ਹਾਂ No ਨਹੀ
Have you had a venereal disease (bad blood)? ¿Ha tenido enfermedades venereas (sangre mala)?	ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਗੰਢੇ ਖੂਨ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਹੈ ਜਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸੀ? Si ਹਾਂ No ਨਹੀ
Have you ever had any operations or major surgery, serious illness, or been hospitalized for any length of time? ¿Lo han hospitalizado para alguna operacion o enfermedad de gravedad por mucho tiempo? ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਅਪਰੇਸ਼ਨ, ਹਰਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਦਾਖਲਾ, ਜਾਂ ਵੱਡੀ ਸ਼ਿਮਾਰੀ ਹੋਈ ਹੈ?	Yes No Si No Si ਹਾਂ No ਨਹੀ
Are you pregnant? ¿Esta Usted esperando familia?	ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਗਰਭਵਤੀ ਹੋ? Si ਹਾਂ No ਨਹੀ
Do you have any prosthetic joints, heart valves, or a heart murmur? ¿Tiene usted protesis en sus articulaciones, valvulas metalicas en el corazon, o soplo al corazon? ਕੀ ਤੁਹਾਡਾ ਠਕਲੀ ਜੋੜ, ਦਿਲ ਦੇ ਵਾਲਵ ਦਾ ਬਦਲਾਅ, ਜਾਂ ਦਿਲ ਦੇ ਪੜਕਣ ਦੀ ਆਵਾਜ਼ ਆਉਂਦਾ ਹੈ?	Yes No Si No ਹਾਂ ਨਹੀ
Have you had or do you now have any infectious disease such as Aids, Hepatitis, other? ¿Tiene o ha tenido enfermedades infecciosas como ser Sida, Hepatitis u otras infecciones?	ਕੀ ਤੁਹਾਨੂੰ ਏਡਜ਼, ਹੈਪਾਟਾਈਟਸ, ਜਾਂ ਹੋਰ ਬੂਝ ਹੈ? Si ਹਾਂ No ਨਹੀ

Signature \_\_\_\_\_ Today's Date/ Fecha de Hoy/ ਅੱਜ ਦੀ ਤਰੀਕ \_\_\_\_\_