



Great Lakes Dental Solutions

1418 South Milwaukee Ave, Suite 4, Libertyville, IL – 60048

TEL: (847) 984 2548; FAX: (847) 984 2957

www.greatlakesdental.net

MEDICAL AND DENTAL HISTORY / HISTORIA MÉDICA Y DENTAL

(Please ✓ Check all that apply / Por favor ✓ Marque todas las que correspondan)

Patient Name / Paciente Nombre: _____ Date of Birth / Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sex / Sexo: M / F

Name of Physician / Nombre de su doctor: _____ Dr. Phone / Teléfono del Dr: _____ Dr. Address / Dirección de Dr.: _____

Date and Reason for last Doctor's visit / Fecha y Motivo de la visita del doctor última: _____

Your current physical health is / Su salud física actual es: Good / Bueno Fair / Regular Poor / Mala

Do you have Allergies? / Tiene alergias? None / Ninguno

Penicillin / Penicilina Erythromycin / Eritromicina

Metal (Nickel /Mercury) / Metal (Níquel /Mercurio)

Seasonal / Estacional

Tetracycline / Tetraciclina

Sedatives / Sedantes

Latex / Latex

Codeine / Codeína

Other / Otros: _____

Local Anesthetic / Anestesia Local

Aspirin / Aspirina

Do you have, or have you had any of the following / Usted tiene o ha tenido alguna de las siguientes:

Acid Reflux / GERD / Reflujo Ácido

AIDS/ HIV / SIDA/ HIV

Arthritis/Rheumatism / Artritis/Reumatismo

Artificial Heart Valve / Válvula Cardíaca Artificial

Artificial Joints (Knee, Hips etc) / Articulación Artificial

Asthma / Asma

Autoimmune Dis. ex. lupus/ Enfermedad Autoinmune ex. lupus

Bleeding Disorder / Trastorno de la Coagulación

Blood Transfusion / Transfusión de Sangre

Breathlessness / Dificultad para Respirar

Bronchitis / Pneumonia / Bronquitis / Neumonía

Cancer / Tumor / Cancer / Tumores

Chemo / Radiation Therapy / Quimioterapia / Radioterapia

Chest Pain / Dolor en el Pecho

Chronic Headaches / Dolores de Cabeza Crónicas

Colitis / Colitis

Congenital Heart Disease / Defectos Cardíacos Congénitos

COPD / Emphysema / COPD / Enfisema

Deep Vein Thrombosis / Trombosis Venosa Profunda

Diabetes / Diabetes

Eating Disorder / Trastornos de la Alimentación

Epilepsy / Seizures / Epilepsia / Convulsiones

Eye Disease / Glaucoma / Enfermedades de los Ojos

Fainting / Dizziness / Desmayos/ Mareo

Gastrointestinal Disease / Enfermedades Gastrointestinales

Hearing Impaired / Problemas de Audición

Heart Disease / Attack / Enfermedad Cardíaca / Ataque

Heart Murmur / Soplo Cardíaco

Heart Pacemaker / Marcapasos

Hemophilia / Sickle Cell / Hemofilia / Anemia de células

Hepatitis A, B, C

Herpes

High or Low Blood Pressure / Presión arterial alta or baja

Kidney Problems / Dialysis / Problemas de riñones / Diálisis

Learning Disability / Problemas de Aprendizaje

Migraine / Migraña

Mitral Valve Prolapse / Prolapso de Válvula Mitral

Organ Transplant / Transplante de órganos

Osteoporosis / Osteoporosis

Psychiatric Care / Atención Psiquiátrica

Recurrent Infections / Infecciones recurrentes

Rheumatic Fever / Fiebre Reumática

Severe Weight Gain or Loss / Aumento o pérdida de peso

Skin Disease / Dermatitis

Sinus Problems / Sinusitis

STD / Venereal Disease / STD / Enfermedades / Venereas

Stroke / Derrame Cerebral

Sub Acute Bact. Endocarditis / Sub Endocarditis Bact. Aguda

Thyroid Problems / Problemas de Tiroide

Tuberculosis / Tuberculosis

Ulcers / Úlceras

Other Health Conditions / Otras condiciones de salud:

Have you been advised **NOT** to take a medication / Se le ha aconsejado **NO** tomar un medicamento: Yes Si / No _____

Have you been advised **premedication** antibiotics prior to invasive dental treatment? / Se le ha aconsejado **premedicación** de antibióticos antes del tratamiento dental invasivo? Yes Si / No

Have you been hospitalized / history of surgery or had General anesthesia? / Ha sido hospitalizado / historia de la cirugía o ha tenido anestesia general? Yes Si / No

Describe reason for Hospitalization / Surgery / Describir razón de Hospitalización / Cirugía: _____

Have you ever had a Bone Density scan? / Alguna vez ha tenido algun examen para la densidad de hueso? Yes Si / No

List all your current medications w/ dosage / Nombre sus medicamentos actuales con dosis: _____

Are you taking any of these medications/ Está tomando alguna de estas medicina? Digitalis, Inderal, Nitroglycerine or any other heart drugs / Digitalis, Inderal, nitroglicerina oa otros medicamentos cardíacos

Antibiotics / Antibióticos BP meds / medicamentos Para le Presion Coumadin or blood thinners / Coumadin o anticoagulantes Steroids (cortisone) / Esteroides (cortisona) Insulin / Insulina,

Bisphosphonates (Fosamax, Actonel, Zometa etc) / Bifosfonatos (Fosamax, Actonel, Zometa etc) Redux or Fen-Phen / Redux o Fen-Phen Narcotic Pain meds / Medicamentos Narcoticos

Women only / sólo Mujeres:

Are you pregnant or is there any chance you may be pregnant? / Está embarazada o hay alguna posibilidad de que esté embarazada? Yes Si / No

If pregnant, how many weeks? / Si está embarazada, cuántas semanas? _____; Are you Nursing? / Está lactando? Yes Si / No

Are you taking Birth control pills / hormonal replacements? / Está tomando pastillas anticonceptivas/ reemplazos / hormonales? Yes Si / No

(Medications may interfere with oral contraceptives, please consult your physician for additional methods of birth control / Los medicamentos pueden interferir con los anticonceptivos orales, por favor consulte a su médico para obtener métodos adicionales de anticonceptivos)

Chief Dental Complaint / Queja Principal Dental: Routine Dental exam / Examen dental de rutina Pain / dolor Bleeding gums / Sangrado de las encías Bad odor or taste / Mal olor o sabor

Sensitive teeth / Dientes sensibles Cosmetic concerns / preocupaciones cosméticas Jaw or Neck pain / Dolor en la mandíbula o cuello Grind or Clench teeth / Rechina o Aprieta los dientes

Broken tooth, filling or denture / Diente roto, relleno o prótesis

Describe your dental issue (briefly) / Describa su problema dental (brevemente): _____

Water consumption / El consumo de agua: Tap or filtered water / Agua filtrada o dela la llave Bottled water / Agua embotellada

History of Braces / Historia de Frenos: Yes Si / No

Do you wear partials or dentures / Usted usa parciales o dentaduras: Yes Si / No

Do you suffer from dry mouth? / Tiene problemas de boca seca: Yes Si / No

Do you have problem with TMJ / Jaw clicking / Reduced mouth opening / Tiene problemas con la ATM / Tronido en la Mandíbula / Problemas al abrir la boca: Yes Si / No

Did you suffer Trauma to teeth, jaw or face/ Fractured Jaw/ Sufrió trauma a los dientes, la mandíbula o la cara / Mandíbula fracturada: Yes Si / No

Last Dental Exam and X rays/ Últimos rayos X dentales y Exámen: _____

I hereby certify that I have read and understood the above questions in English and have answered them to the best of my knowledge.

Yo certifico que he leído y entendido las preguntas anteriores en Espanol y les he contestado a lo mejor de mi conocimiento.

Patient / Guardian Signature / Firma del Paciente / Tutor: _____ **Date / Fecha:** _____

DENTIST / STAFF ONLY - Significant Medical and Dental findings: _____