



## Great Lakes Dental Solutions

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

TEL: (847) 984 2548; TEXT: (224) 548 5567; FAX: (847) 984 2957

www.greatlakesdental.net

### Recall Form / Formulario Chequeo

Patient Name/ Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_; Date of Birth/ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Any change with your health status / Cualquier cambio en su estado de salud:  Yes Si /  No

Medical history/diagnoses / Historia médica / diagnósticos: \_\_\_\_\_

#### **Do you have Allergies? / Tiene alergias?**

- Seasonal / Estacional       Latex       Penicillin / Penicilina       Codeine / Codeína       Aspirin / Aspirina  
 Metal (Nickel /Mercury) / Metal (Níquel /Mercurio)       Clindamycin       Tetracycline / Tetraciclina  
 Ibuprofen       Norco       Sedative / Sedantes  
 Local Anesthetic / Anestesia Local       Other/ Otros: \_\_\_\_\_

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

#### Women only / sólo Mujeres:

Are you pregnant?/ Está embarazada?  Yes Si

If pregnant, how many weeks? / Si está embarazada, cuántas semanas? \_\_\_\_\_

Are you nursing? / Está lactando?  Yes Si

Are you taking Birth control pills? / Está tomando pastillas anticonceptivas?  Yes Si

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

Update Home address & phone / Actualice Dirección de Hogar y teléfono:

Update Insurance / Payment information / Actualice Información del seguro / pago: Yes Si / No

**I have read and agree to the Office Policies and Notice of Privacy Practices (posted on our website). I have answered the above questionnaire to the best of my knowledge. Please give 24-48 hour notice if you need to reschedule your appointment / He leído y entendido las Políticas de la Oficina y recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad (publicado en nuestro sitio web). He respondido el cuestionario anterior a mi leal saber y entender. Por favor avise con 24-48 horas de anticipación si necesita reprogramar su cita.**

Parent/Guardian type in your name in lieu of Signature/

El padre/tutor Escribe su nombre en lugar de la firma: \_\_\_\_\_

Date / Fecha: \_\_\_\_\_

For Dentist / Staff - Significant findings: \_\_\_\_\_