



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

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: _____

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

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 Sedatives / Sedantes
- Local Anesthetic / Anestesia Local Other/ Otros: _____

Do you have, or had any of the following / Tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acid Reflux / GERD / Reflujo Ácido <input type="checkbox"/> AIDS/ HIV / STD <input type="checkbox"/> Arthritis/Rheumatism / Artritis/Reumatismo <input type="checkbox"/> Artificial Heart Valve / Válvula Cardíaca Artificial <input type="checkbox"/> Artificial Joints (Knee, Hips etc) / Articulación Artificial <input type="checkbox"/> Asthma / Asma <input type="checkbox"/> Autoimmune Dis. ex. lupus/ Enfermedad Autoinmune ex. lupus <input type="checkbox"/> Bisphosphonate therapy / Terapia con bisfosfonatos <input type="checkbox"/> Bleeding Disorder / Trastorno de la Coagulación <input type="checkbox"/> Blood Pressure / Presión arterial – High / Alta <input type="checkbox"/> Blood Pressure / Presión arterial – Low / Baja <input type="checkbox"/> Blood Transfusion / Transfusión de Sangre <input type="checkbox"/> Cancer / Tumor / Cancer / Tumores <input type="checkbox"/> Chest Pain / Dolor en el Pecho <input type="checkbox"/> Dialysis / Diálisis <input type="checkbox"/> Diabetes / Diabetes <input type="checkbox"/> Deep Vein Thrombosis / Trombosis Venosa Profunda | <input type="checkbox"/> Eating Disorder / Trastornos de la Alimentación <input type="checkbox"/> Epilepsy / Seizures / Epilepsia / Convulsiones <input type="checkbox"/> Fainting / Dizziness / Desmayos/ Mareo <input type="checkbox"/> Headaches / Migraine / Migraña <input type="checkbox"/> Heart Disease / Enfermedad Cardíaca <input type="checkbox"/> Heart Murmur / Soplo Cardíaco <input type="checkbox"/> Heart Mitral Valve Prolapse / Prolapso de Válvula Mitral <input type="checkbox"/> Heart Pacemaker / Marcapasos <input type="checkbox"/> Hemophilia / Sickle Cell / Hemofilia / Anemia de células <input type="checkbox"/> Hepatitis B or C <input type="checkbox"/> Herpes W Jaw Surgery / Cirugía de la mandíbula W Kidney Problems / Problemas de riñones W Learning Disability / Problemas de Aprendizaje W Liver Disease / Enfermedad del Hígado W Organ Transplant / Transplante de órganos | <input type="checkbox"/> Osteoporosis / Osteoporosis <input type="checkbox"/> Psychiatric Care / Atención Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Radiation Therapy / Radioterapia <input type="checkbox"/> Respiratory disease / Enfermedad respiratoria <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever / Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> Sinus Problems / Sinusitis <input type="checkbox"/> Stroke / Derrame Cerebral <input type="checkbox"/> Sub Acute Bact. Endocarditis/ Sub Endocarditis Bact. Aguda <input type="checkbox"/> Thyroid Disease / Tiroide Enfermedad <input type="checkbox"/> Tuberculosis / Tuberculosis <input type="checkbox"/> Ulcers - stomach etc / Úlceras - estomago etc <input type="checkbox"/> Other conditions or Syndrome / Otras condiciones salud: _____ |
|---|--|--|

Smoker Nicotine Vaping - Yes & Quantity - _____ / Alcohol - Yes / Drugs - Yes / Consumo de Nicotina Fumar Vapear - Si & Cantidad - _____ / Alcohol - Si / Drogas - Si

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

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

Have you been advised **any premedication antibiotics** prior to invasive dental treatment? / Se le ha aconsejado **premedicación** de antibióticos antes del tratamiento dental invasivo? Yes Si

Have you been advised **not to consume** any medication / Le han aconsejado que no consuma ningún medicamento? _____

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

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

If pregnant, how many weeks? / Si está embarazada, cuántas semanas? _____; Are you Nursing? / Está lactando? Yes Si

Are you taking Birth control pills / hormonal replacements? / Está tomando pastillas anticonceptivas/ reemplazos / hormonales? Yes Si

(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:

Pain or Sensitivity / dolor Dientes sensibles

Discolored crown or Filling / Corona descolorida o relleno

Clear Braces / Brackets/ Llaves claras

Bleeding gums / Sangrado de las encías

Bad odor or taste / Mal olor o sabor

Smile or Cosmetic concerns / preocupaciones cosméticas

Jaw or Neck pain / Dolor en la mandíbula o cuello

Trauma to Teeth or Jaw / Trauma a los dientes o mandíbula

Replace missing teeth / Reemplazar los dientes faltantes

Describe your dental issue / Describa su problema dental: _____

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 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 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: _____

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