



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

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:**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pain or Sensitivity / dolor Dientes sensibles     | <input type="checkbox"/> Discolored crown or Filling / Corona descolorida o relleno | <input type="checkbox"/> Clear Braces / Brackets/ Llaves claras                   |
| <input type="checkbox"/> Bleeding gums / Sangrado de las encías            | <input type="checkbox"/> Bad odor or taste / Mal olor o sabor                       | <input type="checkbox"/> Smile or Cosmetic concerns / preocupaciones cosméticas   |
| <input type="checkbox"/> Jaw or Neck pain / Dolor en la mandíbula o cuello | <input type="checkbox"/> Trauma to Teeth or Jaw / Trauma a los dientes o mandíbula  | <input type="checkbox"/> 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 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: \_\_\_\_\_

**DENTIST / STAFF ONLY** - Significant Medical and Dental findings: \_\_\_\_\_