

Advocate Illinois Masonic Medical Center
Department of Dentistry/ Departamento De Odontologia

Name/Nombre y apellido _____ Birthdate/Fecha de nacimiento _____
 Age/Fecha _____ Date/ Fecha _____

This information is requested of you to enable your dentist to give the most comprehensive treatment possible. The answers will remain part of your permanent dental record and will be kept strictly confidential. If you are unable to answer a question, or are unsure of an answer, please ask your dentist. Thank you

La información que solicitamos le permitirá a su dentista ofrecerle el tratamiento más completo posible. Sus respuestas formarán parte de su registro dental permanente y confidencial. Si no puede contestar alguna pregunta, o no está seguro(a) de la respuesta, consulte a su dentista. Muchas gracias por su cooperación.

1. Are you presently undergoing medical treatment? ¿Está actualmente bajo tratamiento médico?
 ___ No ___ Yes/Si, _____

2. Have you ever been hospitalized? ¿Ha estado hospitalizado(a) alguna vez?
 ___ No ___ Yes/Si, _____

3. List all past surgeries (give type of surgery and date:)
 Indique todas las operaciones que haya tenido (Escriba el tipo de operación y la fecha.)

4. Have you had any serious injuries to your head or neck? ¿Ha sufrido alguna herida seria en la cabeza o el cuello?
 ___ No ___ Yes/Si, _____

5. Name of present physician/ Nombre de su médico actual: _____
 Telephone #/Teléfono _____

6. Date of last medical exam/Fecha de su último examen médico: _____

7. Do you smoke? ¿Usted fuma? ___ No ___ Yes/Si How much? ¿Cuanto tiempo? _____
 How long have you smoked?/ La Cantidad _____

8. Please answer any of the following conditions which you may have had or presently have:

Indique si tiene o ha tenido alguno de los siguientes problemas:

Heart murmur/ Soplo cardíaco	___ No ___ Yes/Si	Ulcers/Ulceras	___ No ___ Yes/Si
Congenital heart defects/Defectos congénitos del corazón	___ No ___ Yes/Si	Bleeding problems/Problemas de sangrado	___ No ___ Yes/Si
Heart attack/Infarto cardíaco	___ No ___ Yes/Si	Anemia	___ No ___ Yes/Si
Artificial heart valves/ Válvulas artificiales en el corazón	___ No ___ Yes/Si	Sickle cell disease/Anemia drepanocítica	___ No ___ Yes/Si
Angina pectoris/Angina de pecho	___ No ___ Yes/Si	Liver disease/Enfermedades de hígado	___ No ___ Yes/Si
Coronary by-pass surgery/ Válvulas artificiales en el corazón "by-pass"	___ No ___ Yes/Si	Hepatitis	___ No ___ Yes/Si
Mitral valve prolapse/Prolapso de la válvula mitral	___ No ___ Yes/Si	Venereal disease/Enfermedades venéreas	___ No ___ Yes/Si
Pacemaker/ Marcapasos	___ No ___ Yes/Si	AIDS/ARC.HIV - SIDA/CRS/Vih	___ No ___ Yes/Si
High blood pressure/Presión alta	___ No ___ Yes/Si	Drug abuse/Abuso de drogas	___ No ___ Yes/Si
Low blood pressure/ Presión baja	___ No ___ Yes/Si	Alcoholism/Alcoholismo	___ No ___ Yes/Si
Rheumatic fever/Fiebre reumática	___ No ___ Yes/Si	Diabetes	___ No ___ Yes/Si
Scarlet fever/Escarlatina	___ No ___ Yes/Si	Epilepsy/Convulsions-/epilepsia/convulsiones	___ No ___ Yes/Si
Stroke/Infarto cerebral	___ No ___ Yes/Si	Arthritis/Artritis	___ No ___ Yes/Si
Artificial joints/Articulaciones artificiales	___ No ___ Yes/Si	Thyroid disease/Enfermedad de la tiroides	___ No ___ Yes/Si
Respiratory disease/Enfermedad respiratoria	___ No ___ Yes/Si	Glaucoma	___ No ___ Yes/Si
Asthma/Asma	___ No ___ Yes/Si	Skin rashes or hives/Salpullido o urticaria	___ No ___ Yes/Si
Tuberculosis	___ No ___ Yes/Si	Cancers or tumors/Cáncer o tumores	___ No ___ Yes/Si
Hay fever/Fiebre del heno	___ No ___ Yes/Si	Radiation therapy/Terapia radioactiva	___ No ___ Yes/Si
Kidney disease/Enfermedades de los riñones	___ No ___ Yes/Si	Psychiatric disorders/Problemas psiquiátricos	___ No ___ Yes/Si
		Steroid/Cortisone-Usos de cortisona o esteroides	___ No ___ Yes/Si
		Blood transfusions/Transfusiones de sangre	___ No ___ Yes/Si
		Sinus problems/Sinusitis	___ No ___ Yes/Si
		Urinary tract infection/Infección del sistema urinario	___ No ___ Yes/Si

9. Are you presently taking any medications? ¿Toma actualmente algún medicamento? No Yes/Si _____
10. Are you allergic to any medications (i.e. penicillin, codeine, sulfa drugs, aspirin) ¿ Es alérgico(a) a algún medicamento (p.ej. penicilina, codeína, sulfas, aspirina, etc)? No Yes/Si Which one/Cual _____
11. Are you pregnant? ¿Está embarazada? No Yes/Si N/A
12. Are you taking birth control pills (some medications we may prescribe can interact with birth control pills)?
¿Está tomando pastillas anticonceptivas? (Algunos medicamentos que le podemos recetar podrían tener una reacción con las pastillas anticonceptivas)? No Yes/Si N/A _____
13. Is there any other medical information which your dentist should know? ¿Tiene más información médica que su dentista debería conocer? No Yes/Si Comentarios : _____
14. Do you have (or think you have) any allergy to latex or rubber? ¿Tiene ud (ó a pensado que a tenido) un reacion alergica latex goma? No Yes/Si
15. Are you happy with your smile and the appearance of your teeth? ¿Está contenta(o) con la apariencia sus dientes cuando sonrie? Yes/Si No, please explain/por favor explique: _____

Dental History / Historia Dental

1. Date of last dental visit?/ Fecha de su última visita al dentista? _____
Reason/ Motivo de la visita _____
2. Do you have any concerns or complaints about your teeth and/or gums at this time? ¿Tiene algún problema con su dentadura o con sus encías?

3. Have you ever had problems with clicking or popping noises in your joints while chewing or yawning? ¿Ha notado algún ruido extraño en la articulación de la mandíbula al masticar o al bostezar? No Yes/Si _____
4. Have you ever had problems associated with dental anesthetics? ¿Ha tenido problemas con anestésicos dentales?
 No Yes/Si _____
5. Do you suffer from /¿Tiene alguno de los siguientes problemas?
 a. Cold sores or canker sores/ herpes o ulceración labial No Yes/Si
 b. Lumps in your mouth/Nódulos o ganglios en la boca No Yes/Si
 c. Bleeding or receding gums/Encías que sangran o que se han retraído No Yes/Si
 d. Grinding of your teeth/Rechinar los dientes No Yes/Si
 e. Discolored teeth/Dientes descoloridos No Yes/Si
 f. Sensitive teeth/Dentadura sensible No Yes/Si
 g. Crowded teeth/Dientes encimados No Yes/Si
6. Have you had any previous unfavorable dental experiences? ¿Ha tenido alguna experiencia dental desfavorable?
 No Yes/Si _____
7. Are you apprehensive about dental work? ¿Le tiene miedo al dentista?
 No Somewhat/Un poco Very/Mucho Extremely/Demasiado

Patient Signature/Firma del paciente

Date/Fecha

Dentist Signature/Firma del dentista

Reviewed by: _____
