

PIMA PEDIATRIC DENTISTRY
Actualización del Historial Médico

Fecha: _____ Nombre del Paciente: _____

Dirección del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Teléfono _____

Dirección de correo electrónico _____

Gracias por regresar a ver nos. Para poner al día nuestros formularios de modo que poder proveer de su niño/a el mejor cuidado dental posible, conteste por favor a las preguntas siguientes.

1. ¿Ha habido cambio en la salud de su niño/a desde la su visita pasada? ___ sí ___ no
2. ¿Si sí - qué ha cambiado? _____

3. ¿Está su niño/a en buena salud? _____ sí ___ no
4. ¿Si no - por qué no? _____

5. ¿Su niño está tomando medicamentos? _____ sí ___ no
6. ¿Si sí - qué medicaciones? _____

7. ¿Es su niño alérgico a drogas, a medicamentos o a alimentos? _____ sí ___ no
8. ¿Si es si, a cuáles son alérgicos? _____

9. ¿Su niño tiene problemas dentales que debemos ser informados de? _____ sí ___ no
10. ¿Si sí - qué? _____
11. ¿Tiene Seguro Dental para su hijo/a? _____ sí ___ no
12. Si es así cual es nombre del seguro y el numero del policía _____
13. En caso de una emergencia quien debemos notificar? Nombre _____
Teléfono _____ Relación con el paciente _____

Entiendo que la información antedicha, es necesaria proveer de mi niño cuidado dental de una manera segura y eficiente. Yo contestado a todas las preguntas correctamente y completamente y al mejor de mi conocimiento. Si la información adicional es necesaria, usted tiene mi permiso para pedir el proveedor de asistencia sanitaria o la agencia respectiva, que pueden lanzar tal información a usted. Le notificaré puntualmente de cualquier cambio que tenga mi hijo/a de salud o de medicaciones.

FIRMA de PADRE / GARDA: _____

FECHA: _____