

MIHGT'F GP VCN'URGE KCNKUV-PEDIATRIC DENTISTRY

www.happysmile4you.com
408-900-7252 (Phone) 408-900-7263 (Fax)
kiferpedo@gmail.com

Historial de Demográfica y de Salud Actualización

Estimados Padres/Tutores,

Con el fin de brindar atención integral de la salud dental, requerimos sólo unos minutos de su tiempo para completar y firmar este informe sobre la situación demográfica y de salud del paciente. Gracias.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Teléfono de la Casa: _____ Teléfono Celular: _____ Contacto de Emergencia Teléfono

¿Algún cambio en la cobertura de seguro dental de su hijo? _____

- ¿1. A cambiar de médico desde el último control odontológico? Sí No
- ¿2. Su hijo a visitado a su médico desde la última visita dental? Sí No
- ¿3. Cambio en la historia médico desde la última visita (por ejemplo, enfermedad, cirugía)? Sí No
- ¿4. Cualquier medicamento (es decir, nuevos medicamentos, antibióticos) desde la última visita? Sí No
- ¿5. Su Hijo/a se ha vuelto alérgico a algún medicamento desde la última visita? Sí No
- ¿6. Su niño ha estado en el hospital/sala de emergencias desde la última visita? Sí No
- ¿7. Su Hijo/a ha tenido algunas lesiones desde su última visita? Sí No

Tenga en cuenta los cambios o comentarios por debajo con respecto a cualquiera de las preguntas anteriores o cualquier preocupación dentales que usted puede tener. Para ahorrar tiempo, si usted no tiene ningún comentario que hacer, por favor escriba "NC", fecha y firmar el formulario.

Fecha: _____ / _____ / _____ Firma del Padre/Tutor: _____