



www.kidsdentalsmiles.com

ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN Y DEL HISTORIAL MEDICO/DENTAL

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre del Padre _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Código Postal _____ Teléfono _____

Empleador Actual _____

Teléfono de Trabajo _____ Otro Teléfono _____

Licencia de Conducir _____ Seguro Social _____

Email _____

Nombre de la Madre _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Código Postal _____ Teléfono _____

Empleador Actual _____

Teléfono de Trabajo _____ Otro Teléfono _____

Licencia de Conducir _____ Seguro Social _____

Email _____

¿Tiene Usted Actualmente Seguro Dental? Sí ___ No ___

Nombre del Asegurado _____

Nombre de Compañía _____ Teléfono _____

¿Ha cambiado el historial clínico de su niño desde su última visita? Sí ___ No ___

¿Si es así, cómo? _____

¿Su niño ha visto a su médico desde su última visita? Sí ___ No ___

¿Si es así, porqué? _____

¿Su niño está tomando medicamento actualmente? Sí ___ No ___

¿Si es así, qué tipo? _____

¿Su niño ha tenido lesiones en la cabeza, en el cuello o faciales desde su última visita? Sí ___ No ___

¿Si es así, qué tipo? _____

¿Hay problemas dentales que usted quisiera que evaluemos? Sí ___ No ___

¿Si es así, qué? _____

¿Hay algo que usted desea comentarnos o preguntarnos? Sí ___ No ___

¿Si es así, qué es? _____

¿Su niño ha tenido cirugías o reemplazos de coyunturas en los 2 últimos años? Sí ___ No ___

¿Si es así, qué tipo? _____

¿Su niño tiene alergias? Sí ___ No ___

¿Si tiene, qué tipo? _____

Yo, siendo el padre o el guardián del paciente menor de edad antedicho, autorizo y solicito por este medio, el funcionamiento de los servicios dentales rutinarios para este paciente. Esto incluye pero no es limitado a la reexaminación del tejido duro y suave, la limpieza, el tratamiento del fluoruro, y las radiografías necesarias.

Fecha _____ Firma _____ Relación _____

Firma del Doctor _____ Fecha _____