



ACTUALIZACIÓN DE HISTORIA MEDICA/DENTAL Y CONTACTOS (Requerido cada 6 meses)

INFORMACION DEL PACIENTE

Nombre del Niño/a _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección de Casa _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa _____ # Celular de Mamá _____

Celular de Papá _____ Email _____

¿TIENE PREOCUPACIONES/PREGUNTAS DE LA SALUD DENTAL DE SU NIÑO/A QUE PODEMOS RESPONDER HOY?

**¿Algún tipo de alergia? _____

Para mantener los cambios de registro de su hijo actualizada y precisa, por favor marque los cambios realizados desde los últimos seis meses y la nota a continuación para explicar / aclarar lo siguiente:

Domicilio

Condición médica

Hábitos orales

Número telefónico

Murmullo de corazón

Terapia del habla

Estado civil de los Padres

Medicamentos actuales

Dientes manchados

Responsabilidad financiera

Hospitalización

Dientes rotos

Seguro dental

Alergias

Dientes desalineados

Nombre de los padres

Problemas de comportamiento

Llagas y úlceras en la boca

Nombre del padre/tutor _____ Relación al Niño/a: _____

Firma del padre/tutor _____ Date _____

PARA LA SEGURIDAD DE NUESTROS PACIENTES Y SU HIJO, SE REQUIERE ACTUALIZACIONES DE HISTORIA MÉDICA. GRACIAS POR SU TIEMPO.