



Actualización Medica del Paciente

Nombre del Padre o Tutor legal: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Parentesco con el paciente: _____ Correo Electronico: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio del Paciente: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Numero de Celular: _____ Hogar: _____ Otro: _____

Seguro Dental: _____ Numero Telefonico: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Numero de poliza: _____ Numero de seguro social: _____ Parentesco con el paciente: _____

El paciente tiene alguna otra poliza dental? S / N **Si tiene otra poliza por favor proporcione la información**

Seguro Dental: _____ **Numero Telefonico:** _____

Nombre del Asegurado: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Numero de poliza: _____ **Numero de seguro social:** _____ **Parentesco con paciente:** _____

Hay algun cambio con el historial medico del paciente? SI NO

Medicamentos: _____

Alergias: _____

El paciente ha padecido o tenido dificultad con alguna de los siguientes? Si la respuesta es sí, por favor márkelo:

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Problemas alimenticios | <input type="checkbox"/> Problema de Rinon |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Problemas del hígado |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsión | <input type="checkbox"/> Problemas Auditivos | <input type="checkbox"/> Sarampion |
| <input type="checkbox"/> Hiperactividad | <input type="checkbox"/> Drogas/Alcohol | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> Embarazo |
| <input type="checkbox"/> Sangrado abnormal | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Salud Mental |
| <input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre | <input type="checkbox"/> Problemas sinusitis | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Problemas con anestesia |

Algun otro: _____

Medico del paciente: _____ Numero Telefonico: _____

Firma de la persona responsable (paciente 18+)

Fecha

Por favor indique parentesco con paciente:

Padre con custodia legal Tutor con custodia legal Paciente (18 o mayor)

*******Para uso de oficina solamente*******

I have reviewed the medical/dental information above with the parent/guardian and patient named herein.

Doctor Initials: _____ Date: _____