



Please answer all questions.

Today's Date: _____

Health History Update Form

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Tel. Casa # _____ SS # _____

Dirección (Address): _____

Quien Acompaña al Paciente: _____ Nombre: _____ Parentesco: _____

Tiene usted la custodia de este niño? Si No

Seguro Dental Primario

Compañía de Seguro: _____ Dirección _____

Núm. Teléfono: _____ Núm. de Póliza: _____

Nombre del Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento: _____ SS # _____

Empleador: _____

Historia de Salud (¿Ha padecido o padece el (la) niño (a) de alguno de los siguientes problemas o condiciones médicas?)

- | | | |
|------------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| Sangrado Anormal | Alguna Incapacidad | Alergia a alguna Droga |
| Problemas de los Oídos | Ha sido Hospitalizado | Soplo al corazon |
| Hemofilia | Ha tenido alguna Operación | Asma |
| Problemas del Hígado | Defecto Congénito del Corazón | Hepatitis |
| SIDA ("HIV") | Cáncer | Convulsiones / Epilepsia |
| Diabetes | Embarazo | Alérgico/a producto Látex |
| Fiebre Reumática/Escarlatina | Tuberculosis (TB) | |

Describe cualquier problema médico que este (a) niño (a) haya padecido:

Enumere todos los medicamentos que el niño(a) este tomando ahora:

Enumere todos los medicamentos a los cuales el/la niño/a es alérgico:

Nombre del médico de familia: _____ Tel: _____

¿Está el/la niño/a actualmente bajo los cuidados de algún medico? Si No

Por favor, describa la salud física del niño/a: Excelente Normal Pobre

Nuestra oficina está comprometida a cumplir los estándares de infección mandados por OSHA, CDC y ADA. La información que he dado es correcta a lo mejor de mi conocimiento y será mantenida de forma confidencial. Se que es mi responsabilidad informar a la oficina si hay cambios en la historia medica de mi hijo/a. Autorizo al equipo dental a que brinde los servicios dentales necesarios.

Firma del padre/guardián: ..

Click  icon on the toolbar to add the digital signature.
