



Please answer all questions.

Today's Date: \_\_\_\_\_

## Health History Update

Nombre de paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Tel. Casa # \_\_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_  
 Dirección (Address): \_\_\_\_\_  
 Quien Acompaña al Paciente: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico del apoderado: \_\_\_\_\_  
 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. \_\_\_\_\_