

Frederick Pediatric Dental Associates

Formulario de Historia Medica

Estimados Padres y Guardianes,

Por favor de tomar el momento para completar este formulario para la demografia y historia de salud para poder dar el mejor cuidado a su hijo(a).

Nombre de paciente:_____ Fecha de Nacimiento:_____

Cambio de direccion de casa: Si No Si marco si _____

Cambio de correo electronico Si No Si marco si _____

Nuevo seguro dental: Si No Si marco si _____

Su hijo(a) a ido a su doctor primario desde la utima cita dental?: Si No

Avido un cambio en su historia medica desde la ultima cita dental? Si No

Si marco si, escriba los cambios _____

Esta tomando nuevo medicamento o cambio en medicina desde la ultima cita?: Si No

Si marco si, escriba los cambios _____

Allegias a comido o de medicina? Si No

Si marco si, escriba los cambios _____

Su hijo(a) a estuido en la sala de emergencia desde la ultima cita dental?: Si No

Por favor escriba alguna pregunta o preocupacion que tenga en relacion de salud dental:

Firmade Padre:_____ Fecha:_____

FirmadelDoctor(DoctorSignature):_____ Fecha(Date)_____