

Forma de historia medico einformación de niño (<18 años)

Por favor, contesta las preguntas completamente según su conocimiento. Este información esta protegida sobre HIPAA.

Nombre completo: _____ Nombre preferido: _____

Sexo: ____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: ____ Años: ____ Altura: ____ Pesa: ____

Herencia étnica: _____ Pasatiempos: _____

Dirección: _____

Nombre de la escuela: _____

Parte responsable: _____ Relación: _____

Dirección (si sea diferente): _____

Mobile: _____ Telé. otro: _____ Email: _____

Método preferido del contacto que no sea de emergencia (favor de marcar): Email Texto Mobile Otro

Empleo y nombre de trabajo: _____

Tutor(s) legal del paciente (si es diferente): _____

Paciente vive con (favor de marcar): Madre Padre Abuelos Otro: _____

Compañía de seguro dental: _____ Número de grupo: _____

Nombre del asegurado: _____ Número de seguridad social: _____

El nombre y el número de teléfono de contacto del grupo: _____

Contacto de emergencia (no-tutor/parte responsable): _____

Mobile: _____ Telé. otro: _____ Email: _____

Dentista general: _____ Teléfono: _____

Fecha del último examen dental: _____ Has tenido caries, extracciones o dolor de dientes: S or N

Médico: _____ Teléfono: _____

Las condiciones médicas relevantes actuales: _____

Los medicamentos que ha tomado recientemente: _____

Visitas al hospital o de atención de urgencia en los últimos tres años: _____

Lista de cirugías: _____

Lista de alergias (medicina , alimentos , metales , en general) : _____

Cualquier otras condiciones médicas relevantes: _____