



**Barefield**

Pediatric Dentistry

Donna J. Barefield, DDS, MSD and Associates

**Actualización del Historial Medico**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por Favor Actualice su Dirección: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

1. ¿Ha habido cambios en la salud de su hijo(a)? SI No

Si respondió si, por favor explique: \_\_\_\_\_

2. ¿Esta su hijo(a) bajo cuidado médico por alguna razón? SI No

Si respondió si, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Por favor escriba el nombre y número telefónico del médico que está tratando a su hijo(a):**

**Nombre del médico:** \_\_\_\_\_ **Telefono#** \_\_\_\_\_

3. ¿Ha sido hospitalizado o ha tenido algún tipo de cirugía su hijo(a) en los 12 meses pasados? SI No

Si respondió si, por favor explique: \_\_\_\_\_

4. ¿Está tomando su hijo(a) algún medicamento? SI No

Si respondió si, favor de enumerar los medicamentos que está tomando y la razón por la que los toma:

- ✓ \_\_\_\_\_
- ✓ \_\_\_\_\_
- ✓ \_\_\_\_\_

5. ¿Es su hijo(a) alérgico a algún medicamento o comida? SI No

Si respondió si, por favor explique: \_\_\_\_\_

6. ¿Hay alguna información adicional no incluida en este cuestionario que usted considere importante que nosotros sepamos?

\_\_\_\_\_

Firma del padre o madre: \_\_\_\_\_

Firma del dentista revisando la forma: \_\_\_\_\_

**Para uso de la oficina**