TOOTH FAIRY DENTAL CARE

CHOICE HEALTHCARE SERVICES AFFILIATE

ACTUALIZACIÓN DE HISTORIAL MEDICO

Nombre Del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

¿Su hijo(a) ha sido diagnosticado con alguno de los siguientes padecimientos recientemente? (Si no ha habido ningún cambio, por favor marque NINGUNO)

- ☐ Cáncer o Tumor
- ☐ Murmullo en el corazón, Defecto Cardiaco, Prolapso de la Válvula Mitral
- ☐ Fiebre Reumática
- ☐ Presión Alta/Baja
- ☐ Artritis
- ☐ Herpes o ulceraciones
- ☐ SIDA o VIH positivo
- ☐ Migrañas, o frecuentes dolores de cabeza
- ☐ Fractura de mandíbula
- ☐ Anemia o desórdenes sanguíneos
- ☐ Rinitis alérgica o problemas sinusales
- ☐ Alergias o urticaria
- ☐ Asma
- ☐ Autismo
- ☐ ADHD / ADD
- ☐ Nacimiento Prematuro
- ☐ Problemas del oído
- ☐ Discapacidad Intelectual
- ☐ Defectos Congénitos
- ☐ Problemas del Habla
- ☐ Problemas de Comportamiento
- ☐ Embarazo
- ☐ Tratamiento de Radiación
- ☐ Problemas del Sistema Autoinmune
- ☐ Tuberculosis u otros problemas en los pulmones
- ☐ Enfermedad del Hígado
- ☐ Hepatitis u otros padecimientos del hígado
- ☐ Transfusiones Sanguíneas; fecha de la última transfusión _____
- ☐ Diabetes
- ☐ Epilepsia, convulsiones, desmayos
- ☐ COVID-19; Fecha del resultado positivo _____
- ☐ Otro: _____
- ☐ NINGUNO

Para los padecimientos elegidos, por favor explique:

¿Su hijo(a) requiere de antibióticos antes de su tratamiento dental? **Si** **No**

Si su respuesta es sí, por favor especifique _____

Farmacia de preferencia / Calles que cruzan _____ Teléfono _____

¿Su hijo(a) está tomando algún medicamento actualmente? **Si** **No**

Si su respuesta es sí, por favor especifique _____

¿Su hijo(a) es alérgico o ha tenido alguna reacción adversa a alguna de las siguientes opciones?

- ☐ Látex
- ☐ Penicilina u otros antibióticos
- ☐ Anestesia Local
- ☐ Codeína u otra Medicina Controlada
- ☐ Aspirina
- ☐ Otro: _____

Yo certifico que la información que he proporcionado es correcta a mi conocimiento y parecer. Si ocurre algún cambio, notificaré a la oficina para actualizar mi historial.

Firma _____ **Fecha** _____

Red Mountain
ORTHODONTICS

CHOICE
HEALTHCARE SERVICES
AFFILIATE

[Nombre de la Oficina]

☐ NINGUNO

I certify that the information I have given is correct to the best of my knowledge. If any changes do occur, I will notify the office and update my file.

Signature _____ Date _____