



## Modernización de Información paciente

### Sobre su niño

Fecha De hoy: \_\_\_\_\_

El Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

El Teléfono De casa del Padre: \_\_\_\_\_

Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_ Ext.: \_\_\_\_\_

Buscapersonas / Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Por favor Ponga al día Cualquier Cambio De seguros

Seguro Dental: \_\_\_\_\_

Nombre de Compañía De seguros: \_\_\_\_\_

Dirección de Compañía De seguros: \_\_\_\_\_

Teléfono de Compañía De seguros: \_\_\_\_\_

El Nombre de Insured: \_\_\_\_\_

DOB Asegurado: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

SSN de Insured: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Relación a niño: \_\_\_\_\_

El Patrón de Insured: \_\_\_\_\_

ID#: \_\_\_\_\_

Grupo, Plan, Local o De política#: \_\_\_\_\_

Entiendo que la información que he dado hoy es correcta a lo mejor de mi conocimiento. También entiendo que esta información será sostenida en la confianza más estricta y esto es mi responsabilidad de informar esta oficina de cualquier cambio del estado médico de mi niño. Acuerdo a pagar por todos los honorarios y tratamientos en el momento del servicio o mi co-pago estimado no cubierto por mi seguro dental para el susodicho paciente.

Firma de Partido Responsable

Fecha

### La Historia Médica del Niño

El Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

La salud corriente del niño es: Bueno Feria Pobre

Es su niño actualmente bajo el cuidado del médico? \_\_\_\_\_

Por favor explique: \_\_\_\_\_

Catalogue cualquier prescripción / sobre el contador droga a su niño actualmente toma: \_\_\_\_\_

Hay allí cualquier nueva condición de salud? \_\_\_\_\_

Catalogue las cirugías de todo su niño: \_\_\_\_\_

Tiene su niño alguna vez tenía cualquiera de las enfermedades siguientes o problemas médicos?

Y N Cáncer	Y N Virus de inmunodeficiencia humano / SIDA
Y N Quimioterapia	Y N Medicina("Droga") / Abuso del alcohol
Y N Tratamiento por radiación	Y N Fumar
Y N Respiración de Dificultad	Y N Enfermedad venérea
Y N Problemas De riñón	Y N Problemas Psiquiátricos
Y N Asma	Y N Diabetes
Y N Enfisema	Y N Tuberculosis
Y N Glaucoma	Y N Hemofilia
Y N Artritis	Y N Sangría Anormal
Y N Huesos artificiales / uniones	Y N Úlceras / Colitis
Y N Válvulas artificiales de corazón	Y N Soplo de corazón
Y N Mitral Válvula prolapse	Y N Defectos De corazón
Y N Anemia	Y N Cirugía De corazón
Y N Transfusión de sangre	Y N Infarto / Golpe
Y N Rapias	Y N Fiebre reumática
Y N Hipotensión	Y N Hepatitis
Y N Hipertensión	Y N Empleo de Medicina("Droga") de Dieta
Y N Dolores de cabeza severos	Y N Epilepsia / Asimientos
Y N Problemas de Seno	Y N Ampollas de Fiebre / Herpes

Por favor catalogue cualquier otra condición médica de su niño:

Es su niño alérgico a cualquiera del siguiente?

Y N Penicilina	Y N Tetracycline	Y N Látex
Y N Aspirina	Y N Anesthetics	Y N Otro
Y N Erythromycin	Y N Codeine	

Por favor catalogue cualquier otra alergia: \_\_\_\_\_