



PATIENT UPDATE

Please help us keep our records current on our patients.

ENGLISH

Patient's Name: _____ Date _____

Date of Last Examination _____

MEDICAL UPDATE

Yes No

1. Has there been any change in the patient's health or medical history since the last visit? ☐ ☐

Please explain: _____

2a. Has child had any history of or difficulty with any of the following?

Please check Y or N

Y__N__ A.I.D.S./H.I.V.	Y__N__ Cerebral Palsy	Y__N__ Hay Fever	Y__N__ Mental Disability
Y__N__ Anemia	Y__N__ Cleft Lip/Palate	Y__N__ Hearing Problems	Y__N__ Rheumatic Fever
Y__N__ Bladder Problems	Y__N__ Convulsions	Y__N__ Heart Problems	Y__N__ Sinus Problems
Y__N__ Blood Transfusion	Y__N__ Developmental Disability	Y__N__ Hepatitis	Y__N__ Thyroid Disease
Y__N__ Bruise Easily	Y__N__ Diabetes	Y__N__ Jaundice	Y__N__ Tuberculosis
Y__N__ Cancer	Y__N__ Epilepsy	Y__N__ Kidney Disease	Y__N__ Premature
Y__N__ Phen Phen	Y__N__ Fainting	Y__N__ Liver Disease	Other: _____

Any medications taken? Yes ___ No ___

Has child ever had any asthmatic attacks? If yes, Mild ___ Moderate ___ Severe ___ Frequency _____

2b. Is child allergic to, or ever had an adverse reaction to the following?

If Yes, please circle

Aspirin	Barbiturates	Sedatives	Sulfa Drugs	Any others _____
Amoxicillin	Local Anesthetics	Sleeping Pills	Latex	

3. Has there been any injury to the teeth, head or neck since the patient's last visit?

☐ ☐

Please explain: _____

4. Is there any condition or problem you wish to bring to the Doctor's attention this visit?

☐ ☐

Please explain: _____ Reviewed ☐

FAMILY RECORD UPDATE

Address: _____ Phone: _____

E-mail: _____

New Used previously in this office Any Changes

Do you have dental insurance covering this visit? Yes/No ☐ ☐ ☐

Authorization

The information that I have given is correct to the best of my knowledge. I understand that it will be held in the strictest of confidence, and it is my responsibility to inform this office of any changes in my child's medical status. I also understand the use of anesthetic agents embodies a certain risk. I authorize the dental staff to perform the necessary dental services for my child. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by insurance. I also understand that responsibility for payment for dental services provided in this office for my child is mine, due and payable at the time services are rendered unless financial arrangements have been made IN ADVANCE. I hereby authorize the dentist to release all information necessary to secure the payment of benefits. I authorize the use of this signature on all my insurance submissions, whether manual or electronic. I further understand that it is my responsibility to inform this office of any changes in my child's insurance coverage. I understand that where appropriate, credit bureau reports may be obtained.

Signature of Parent/Guardian _____ Date _____



Actualización de Paciente

Por favor ayúdenos a tener la información del paciente al corriente

Español

Nombre: _____ Fecha: _____

Fecha de última examinación _____

sí no

Actualización Médica

1. ¿Ha habido un cambio en la historia médica o salud del desde su última visita?

Explique por favor.

☐ ☐

2. ¿Tiene el niño algún antecedente o dificultad con cualquiera de las siguientes condiciones? Marque (?) si o no.

Sí__No__SIDA/VIH

Sí__No__Parálisis cerebral

Sí__No__Rinitis alérgica

Sí__No__Discapacidad mental

Sí__No__Anemia

Sí__No__Labio o paladar hendido

Sí__No__Problemas auditivos

Sí__No__Fiebre reumática

Sí__No__Problemas de la vejiga urinaria

Sí__No__Convulsiones

Sí__No__Problemas cardiacos

Sí__No__Problemas de sinusitis

Sí__No__Transfusión sanguínea

Sí__No__Discapacidad del desarrollo

Sí__No__Hepatitis

Sí__No__Enfermedad de la tiroides

Sí__No__Forma hematomas fácilmente

Sí__No__Diabetes

Sí__No__Ictericia

Sí__No__Tuberculosis

Sí__No__Cáncer

Sí__No__Epilepsia

Sí__No__Enfermedad del riñón

Sí__No__Prematuro(a)

Sí__No__Phen/Phen

Sí__No__Desmayos

Sí__No__Enfermedad del hígado

Otra_____

¿Toma algun medicamento? Si__ No__

¿Ha tenido el niño ataques asmáticos? Si es afirmativo, Ligeros__ Moderados__ Severos__ ¿Con qué frecuencia?

Comentarios: _____

¿Es el niño alérgico o alguna vez ha tenido alguna reacción adversa a las siguientes sustancias? Si es afirmativo, encierre en un círculo.

Aspirina

Barbitúricos

Sedantes

Sulfas

Amoxicilina

Anestesia local

Píldoras para dormir

Látex

Otras

3. ¿Ha habido un tipo de trauma o se ha lastimado los dientes, cuello o cabeza desde su ultima vista?

Explique por favor.

☐ ☐

4. ¿Hay alguna condición o problema a cual quiera traer a la atención del doctor o doctora el día de hoy?

Explique por favor.

☐ ☐

Actualización de Información familiar

1. Correo electronico _____

Domicilio: _____

Numero de teléfono: _____

2. ¿Tiene seguro dental cubriendo esta visita?

Nueva

Utilizada Previamente

☐☐

Autorización

La información que he proporcionado es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que ésta será mantenida en estricta confidencia, y que es mi responsabilidad informar a este consultorio acerca de cualquier cambio en la condición médica de mi hijo. También entiendo que el uso de agentes anestésicos implica un cierto riesgo. Autorizo al personal dental a realizar los servicios dentales necesarios para mi hijo. Entiendo que soy responsable financieramente por todos los costos, sean o no pagados por el seguro. También entiendo que la responsabilidad del costo de los servicios dentales que este consultorio brinda a mi hijo es mía, el cual queda vencido y es pagadero en el momento en que se prestan dichos servicios, excepto que se hayan hecho acuerdos financieros CON ANTICIPACIÓN. Mediante la presente autorizo al dentista a proporcionar toda la información que sea necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las comunicaciones de mi seguro, ya sean manuales o electrónicas. También entiendo que es mi responsabilidad informar a este consultorio acerca de cualquier cambio en la cobertura del seguro de mi hijo. Entiendo que cuando sea conveniente se pueden obtener informes del buro de crédito.

Firma del padre o tutor _____

Fecha _____