

Forma del historial dental y médico

Fecha de hoy: _____

Complete por favor y traiga con usted a la cita.

O envíelo por telefax a 610-337-3863 se cercioran de usted muestra en el fondo si envía por telefax.

Nombre del paciente		Fecha y edad del nacimiento			
¿Razón de la visita de la oficina?					
Problemas dentales de siguiente uces de los del círculo:					
Malestar, chascando o haciendo estallar en quijada	Relleno perdido/ roto	Dientes manchados	Gomas rojas , hinchado o de la sangría	el moler de los dientes	Fijación de la quijada
Dientes o gomas sensibles	Sonido en oídos	Mala respiración	Ampollas adentro o boca cercana	Roto Diente saltado	Otro
¿Usted o el paciente ha tenido siempre un problema serio asociado al tratamiento dental anterior? Explique.					
Nombre del dentista anterior, si lo hay					
¿ El cepillo paciente diariamente?		¿ La seda paciente diariamente?			
¿El paciente toma suplementos del fluoruro?		¿Es su abastecimiento de agua fluorado?			
Doctor primario y Tel# del paciente					
Tiene el paciente tenía siempre uno del siguiente (Y o N) Explique por favor Sí las respuestas					
Y/N	Condición	Explique "sí"	Y/N	Condición	Explique "sí"
	Murmullos del corazón			¿Otros problemas del corazón?	
	Cáncer			Convulsiones /epilepsia	
	Diabetes			Sangría anormal	
	Fiebre reumática			Deterioro de oído O problemas del oído	
	HIV+/ SIDA			Antecedentes familiares de faltar o de dientes adicionales	
	Hemofilia			Cualquiera permanece en un hospital u operaciones	
	Asma			Problemas del riñón o del hígado	
	Hepatitis			Desventajas o inhabilidades	
	Tuberculosis			Alergia del látex	
	AGREGUE o ADHD			Empalmes artificiales o reemplazos de la válvula	
Detalle por favor cualesquiera problemas médicos o estancia serios del hospital:					
Enumere todas las drogas que el paciente está tomando actualmente					
Enumere cualquier alergia de la droga u otras alergias					
¿Para los pacientes pediátricos, el niño tiene un de los después de hábitos? Y o N		¿El aspirar del pulgar o del dedo?	¿Labio que aspira o que muerde, el morder del clavo?	¿Todavía cuidando o utilice una botella?	¿Utiliza un Pacifier?
		Y/N	Y/N	Y/N	Y/N

Entiendo que la información que he dado está correcta al mejor de mi conocimiento, eso será sostenido en el más terminante de la confianza, y es mi responsabilidad informar a la oficina cualquier cambio en el estado médico de mi niño. También autorizo a personal dental a realizar los servicios dentales necesarios que mi niño puede necesitar.

X _____ /date: _____

Gracias por completar esta forma totalmente. Nos permitirá dar a su niño el mejor cuidado dental posible. Si usted o su niño tiene cualesquiera preguntas, siéntase por favor libre preguntarnos en cualquier momento.

USO de UMDA solamente - repasado cerca: (Iniciales y fecha) _____, _____, _____, _____