

Killeen Family Dentistry

La forma para el chequeo de 6 meses

La Fecha de Hoy: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
Etnicidad del Paciente: _____ Que Idioma Habla: _____
Nombre del Padre / Si es Menor de Edad? : _____

Direccion de Casa: _____ Telefono de Casa: _____

Telefono de Celular: _____

Correo electronico: _____

Avido cambio de su seguro dental? Si No
Si si, que es el nuevo seguro? _____

Está actualmente bajo el cuidado de un médico? Si No
Si si, porque? _____

Tiene condiciones medicos? Si No
Si si, que son?: _____

Estas tomando algun medicamento? Si No
Si si, que medicamento y para que? _____

Tiene algun alergia? Si No
Si si, a cual?: _____

Estas embarazada? Si, _____ meses No N/A

Informado Consentimiento

1. Autorizo al medio / personal de tomar las radiografías, modelos de estudio, fotografías o cualquier otras ayudas diagnosticas consideradas apropiadas por el medio para hacer un diagnostico profundo de las necesidades dentales de mi / la paciente.
2. Autorizo al medico para realizar todo el tratamiento recomendado de acuerdo entre mi y el medico / personal, y de usar el medicamento y la terapia apropiada indicada para dicho tratamiento.
3. Entiendo que el uso de agentes anestésicos encarna un cierto riesgo. Además, yo autorizo y consiento que el medico pueda elegir y contratar la asistencia que considere conveniente para proporcionar tratamiento recomendado.
4. He respondo a todas las preguntas anteriores a lo mejor de mi conocimiento. Si ha habido algún cambio en mi seguro, la salud o la medicación, lo que tengo y / o informare a mi dentista durante mi próxima cita.

La Firma de Paciente / Padre

Fecha

-----FOR OFFICE USE ONLY-----

MEDICAL HISTORY UPDATED

Weight _____ Dr _____ Date _____

© 2014 Killeen Family Dentistry

