

CHILDREN'S DENTAL CENTER

Judith Woloski Jones, D.D.S. • Kyle T. Sanders, D.D.S.

1801 S. 5th Street, Suite 112 • McAllen, TX 78501

ESTADO DE SALUD

Nombre del Paciente _____ Edad _____ Años _____ Meses

Nombre de las Madre _____

Nombre del Padre _____

Dirección _____

Correo Electrónico _____

Teléfono del Hogar _____ Celular _____

Empleado de la Madre _____ Tel. _____

Empleado del Padre _____ Tel. _____

Tiene Seguro Dental? _____ Sí _____ No

Tiene Medicaid? _____ Sí _____ No

Nombre del Seguro _____

Nombre del Médico General _____

Teléfono del Medico _____

Por favor de contestar las siguientes preguntas.

1. Su hijo tiene una condición médica existente? _____ Sí _____ No

Cuál? _____

2. Ha tenido algún cambio medico desde la última cita? _____ Sí _____ No

Cuál? _____

3. Está tomando algún medicamento? _____ Sí _____ No

Cual y porque? _____

4. Es alérgico a algún medicamento? _____ Sí _____ No

Cuál? _____

5. Ha tenido algún golpe en la cabeza, cuello, cara o dientes? _____ Sí _____ No

Cual y cómo? _____

6. Tiene alguna preocupación dental que quiere que revisemos hoy? _____ Sí _____ No

7. Le han dado alguna transfusión de sangre? _____ Sí _____ No

8. Que tipo de agua toma su hijo(a)? _____ de la llave _____ purificada

Fecha _____

Firma del padre o madre _____