



RODEO DENTAL & ORTHODONTICS

Actualización de Historial Médico

Por favor complete este formulario y tráigalo a su cita.

Los campos marcados con * son obligatorios.

¿Esta llenando este formulario para usted mismo o niño/nina? *

☐ Para mi

☐ Nina/Nino

¿Como te llamas?

Solo si "¿Esta llenando este formulario para usted..." es Someone Else

Tu Nombre *

Solo si "¿Esta llenando este formulario para usted..." es Someone Else

¿Cual es tu relacion con el paciente? *

Informacion de contacto *

Dirección

Apto. / Unidad

Ciudad

Estado

Código postal

¿Tienes un contacto de emergencia? *

☐ Sí

☐ No

Solo si "¿Tienes un contacto de emergencia?" es Sí

Nombre de contacto de emergencia *

Solo si "¿Tienes un contacto de emergencia?" es Sí

Telefono de contacto de emergencia *

Solo si "¿Tienes un contacto de emergencia?" es Sí

Relacion *

¿Alguna de las siguientes condiciones se aplica a usted? Necesitamos esta informacion para asegurarnos de mantenerlo sano y salvo? *

Escriba abajo

☐ Ninguno

¿Actualmente estas tomando algun medicamento o suplemento? *

☐ Sí

☐ No

Solo si "¿Actualmente estas tomando algun medicame..." es Sí

Medicamentos *

Escriba abajo

☐ Ninguno

Tiene alguna alergia de la que sea consciente? (por ejemplo, alergias a medicamentos o al latex) *

☐ Sí

☐ No

Solo si "Tiene alguna alergia de la que sea consci..." es Sí

Alergias *

Escriba abajo

☐ Ninguno

Solo si "gender" es female; Solo si "patient age" es 13

¿Esta embarazada o cree que puede estarlo? *

☐ Sí

☐ No

☐ No sé

¿Usa alguna droga recreativa?

☐ Sí

☐ No

¿Fuma?

☐ Sí

☐ No

Solo si "¿Fuma?" es Sí

¿Cuanto por dia fumas?

¿Tiene un medico de atencion primaria?

☐ Sí

☐ No

Solo si "¿Tiene un medico de atencion primaria?" es Sí

Nombre del medico

Solo si "¿Tiene un medico de atencion primaria?" es Sí

Numero de telefono del medico

¿Cual es tu farmacia preferida? *

¿Comentarios o informacion adicional sobre su historial medico?

Certifico, a mi juicio, que la informacion anterior es correcta.

Firma

Fecha