



Rhonda L. Kearney, DDS, MS, PLLC
Diplomate of the American Board of Pediatric Dentistry
451 Ruin Creek Rd., Suite #205 • Henderson, NC 27536
Tel: 252-492-KIDS (5437) • Fax: 252-492-5440
www.hendersonpedo.com

Historial de Demográfica y de Salud Actualización

Estimados Padres/Tutores,

Con el fin de brindar atención integral de la salud dental, requerimos sólo unos minutos de su tiempo para completar y firmar este informe sobre la situación demográfica y de salud del paciente. Gracias.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Nombre del Padre/Tutor: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Teléfono de la Casa: _____

Teléfono Celular: _____

Contacto de Emergencia Teléfono

¿Algun cambio en la cobertura de seguro dental de su hijo? _____

¿1. A cambiar de médico desde el último control odontológico? Sí No

¿2. Su hijo a visitado a su médico desde la última visita dental? Sí No

¿3. Cambio en la historia médico desde la última visita (por ejemplo, enfermedad, cirugía)? Sí No

¿4. Cualquier medicamento (es decir, nuevos medicamentos, antibióticos) desde la última visita? Sí No

¿5. Su Hijo/a se ha vuelto alérgico a algún medicamento desde la última visita? Sí No

¿6. Su niño ha estado en el hospital/sala de emergencias desde la última visita? Sí No

¿7. Su Hijo/a ha tenido algunas lesiones desde su última visita? Sí No

¿8. Algun cambio en la historia emocional familiar desde la última visita (es decir, divorcio)? Sí No

Tenga en cuenta los cambios o comentarios por debajo con respecto a cualquiera de las preguntas anteriores o cualquier preocupación dentales que usted puede tener. Para ahorrar tiempo, si usted no tiene ningún comentario que hacer, por favor escriba "NC", fecha y firmar el formulario.

Fecha: ____ / ____ / ____ Firma del Padre/Tutor: _____