

ACTUALIZACIÓN DE HISTORIAL MEDICO

Nombre Del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

¿Su hijo(a) ha sido diagnosticado con alguno de los siguientes padecimientos recientemente? (Si no ha habido ningún cambio, por favor marque NINGUNO)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cáncer o Tumor
<input type="checkbox"/> Murmullo en el corazón, Defecto Cardíaco, Prolapso de la Válvula Mitral
<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> Presión Alta/Baja
<input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/> Herpes o ulceraciones
<input type="checkbox"/> SIDA o VIH positivo
<input type="checkbox"/> Migrañas, o frecuentes dolores de cabeza
<input type="checkbox"/> Fractura de mandíbula
<input type="checkbox"/> Anemia o desórdenes sanguíneos
<input type="checkbox"/> Rinitis alérgica o problemas sinusales
<input type="checkbox"/> Alergias o urticaria
<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Autismo
<input type="checkbox"/> ADHD / ADD
<input type="checkbox"/> Nacimiento Prematuro
<input type="checkbox"/> Problemas del oído
<input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual
<input type="checkbox"/> Defectos Congénitos | <input type="checkbox"/> Problemas del Habla
<input type="checkbox"/> Problemas de Comportamiento
<input type="checkbox"/> Embarazo
<input type="checkbox"/> Tratamiento de Radiación
<input type="checkbox"/> Problemas del Sistema Autoinmune
<input type="checkbox"/> Tuberculosis u otros problemas en los pulmones
<input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado
<input type="checkbox"/> Hepatitis u otros padecimientos del hígado
<input type="checkbox"/> Transfusiones Sanguíneas; fecha de la última transfusión _____
<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Epilepsia, convulsiones, desmayos
<input type="checkbox"/> COVID-19; Fecha del resultado positivo _____
<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> NINGUNO |
|--|--|

Para los padecimientos elegidos, por favor explique:

¿Su hijo(a) requiere de antibióticos antes de su tratamiento dental? **Si** **No**

Si su respuesta es sí, por favor especifique _____

Farmacia de preferencia / Calles que cruzan _____ Teléfono _____

¿Su hijo(a) está tomando algún medicamento actualmente? **Si** **No**

Si su respuesta es sí, por favor especifique _____

¿Su hijo(a) es alérgico o ha tenido alguna reacción adversa a alguna de las siguientes opciones?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Látex
<input type="checkbox"/> Penicilina u otros antibióticos
<input type="checkbox"/> Anestesia Local
<input type="checkbox"/> Codeína u otra Medicina Controlada
<input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> NINGUNO |
|--|--|

Yo certifico que la información que he proporcionado es correcta a mi conocimiento y parecer. Si ocurre algún cambio, notificaré a la oficina para actualizar mi historial.

Firma _____ **Fecha** _____