



ACTUALIZACIÓN DEL HISTORIAL MÉDICO Y LOS DATOS DEMOGRÁFICOS

Paciente: _____ **Fecha:** _____

- No se han producido cambios en el historial médico de mi hijo desde la exploración inicial.
- Los cambios en el historial médico de mi hijo son los siguientes:

Enumere la medicación que esté tomando su hijo:

- Ninguna
- Medicación: _____

¿Tiene su hijo alergia a alguna medicación?

- No
- Sí. Enumere, por favor: _____

Actualización de los datos demográficos:

Dirección: _____

Ciudad/Estado/CP: _____

Teléfono preferido: _____

¿Sigue teniendo el mismo seguro? SÍ NO

Sí, envíeme recordatorios de las citas de mi hijo con el dentista por correo electrónico o SMS.

Correo electrónico: _____ Teléfono al que mandar los mensajes: _____