



RECARE FORM
All About Kids Pediatric Dentistry

Nombre Del Niño(a) _____ Edad: _____

Su Nombre _____ Padre/Guardián Legal: **Y / N**

(Su relación con el niño(a); si no es el parente) _____

Dirección del el niño(a): _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

****Las citas tienen que ser confirmadas por mensaje de texto o correo electrónico****

Por favor proporcioné el mejor número de teléfono y/o correo electrónico

Numero de celular _____ Correo electrónico _____

Nombre y número de teléfono adicional _____

Si usted ha actualizado su seguro médico desde la última visita por favor proporcione esos datos a la recepción.

Para poder mantener el historial médico de su hijo(a) al día por favor conteste las siguientes preguntas.

1. ¿Su hijo(a) a visitado la pediatría desde la última visita? **SI O NO**
Si es así, ¿a quién? _____
2. ¿Su hijo(a) ha tenido algún cambio en su historial médico desde la última visita? **SI O NO**
Si es así, por favor indique: _____
3. ¿Su hijo(a) está tomando algún medicamento? **SI O NO**
Si es así, ¿cuál? _____
4. ¿Ha tenido su hijo(a) lesiones en la cara o el cuello desde su última visita? **SI O NO**
Si es así, ¿dónde? _____
5. ¿Ha desarrollado su hijo(a) algún problema dental desde su última visita? **SI O NO**
Si es así, ¿dónde? _____
6. Ubicación de farmacia y numero de teléfono: _____

Firma del Padre: _____ **Fecha:** _____

Firma del Doctor: _____