

Actualización del Historial Médico

Nombre del Paciente:

¿Hay algún cambio en su historial médico desde su última cita dental? Sí No

Si la respuesta es sí, por favor explique:

¿Está usted tomando algún medicamento? Este seguro de incluir cualquier medicamento SIN RECETA que esté tomando.
 Sí No Si la respuesta es sí, por favor enumere los medicamentos: _____

Firma del Paciente o Guardián

Fecha

Hay algún cambio en su historial médico desde su última cita dental? Sí No
Si la respuesta es sí, por favor explique:

¿Está usted tomando algún medicamento? Este seguro de incluir cualquier medicamento SIN RECETA que esté tomando.
 Sí No Si la respuesta es sí, por favor enumere los medicamentos: _____

Firma del Paciente o Guardián

Fecha

¿Hay algún cambio en su historial médico desde su última cita dental? Sí No
Si la respuesta es sí, por favor explique:

¿Está usted tomando algún medicamento? Este seguro de incluir cualquier medicamento SIN RECETA que esté tomando.
 Sí No Si la respuesta es sí, por favor enumere los medicamentos: _____

Firma del Paciente o Guardián

Fecha

Hay algún cambio en su historial médico desde su última cita dental? Sí No
Si la respuesta es sí, por favor explique:

¿Está usted tomando algún medicamento? Este seguro de incluir cualquier medicamento SIN RECETA que esté tomando.
 Sí No Si la respuesta es sí, por favor enumere los medicamentos: _____

Firma del Paciente o Guardián

Fecha

Hay algún cambio en su historial médico desde su última cita dental? Sí No