



FORMA DE PACIENTE QUE REGRESA

Nombre y apellido del paciente: _____ Fecha: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¿Algún cambio en la dirección de la casa? En caso afirmativo, indique la nueva dirección a continuación:

¿Tienes un nuevo seguro dental? En caso afirmativo, indique el nombre y el número de identificación a continuación:

¿Tienes dolor dental hoy? SI NO

Por favor revise sus preocupaciones dentales:

- | | | | |
|---|---|---|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Caries | <input type="radio"/> Color de los dientes | <input type="radio"/> Rechinar los dientes | <input type="radio"/> Trauma |
| <input type="radio"/> Dientes sensibles | <input type="radio"/> Sonidos de la mandíbula | <input type="radio"/> Respiración por la boca | <input type="radio"/> Ortodondia |
| <input type="radio"/> Dolor de muelas | <input type="radio"/> Infecciones de las encías | <input type="radio"/> Ninguna | |
| <input type="radio"/> Otro: _____ | | | |

¿Ha habido algún cambio en el historial médico de su hijo? Yes No

Si es así, por favor liste: _____

¿Su hijo está tomando algún medicamento actualmente? Yes No

Si es así, por favor liste: _____

¿Alguna hospitalización o cirugía desde la última visita de su hijo? Yes No

¿Su hijo es alérgico a algún alimento o medicamento? Yes No

Si es así, por favor liste: _____

Cancelación De Cita Y Política De No Presentación

Cuando hacemos su cita, estamos reservando una consulta para sus necesidades particulares. Le pedimos que, si tiene que cambiar una cita, necesitamos un aviso con al menos 24 horas de anticipación. Esta cortesía hace posible dar su consulta reservado a otro paciente que lo desea. **Las cancelaciones repetidas con un máximo de tres citas perdidas sin previo aviso resultarán en la pérdida de los privilegios de citas futuras.** Creemos que el tiempo de nuestro paciente es valioso. Cuando se hace su cita, se reserva una consulta, se preparan sus registros y se preparan instrumentos especiales para su visita. Nosotros, por supuesto, agradeceríamos la misma cortesía de usted. Si tiene alguna pregunta o problema que le impida asistir a sus citas, llámenos con anticipación al (209) 400-2018 y con mucho gusto reprogramaremos su cita para un horario más conveniente. Entiendo y acepto la política de Bethel Kids Dental sobre la cita para tratamiento y su cancelación.

Certifico que he leído y entiendo el contenido de este formulario. No responsabilizaré a Bethel Kids Dental, ni a los médicos ni al personal por ninguna acción que tomen o no tomen debido a errores u omisiones que haya cometido al completar este formulario. Notificaré a Bethel Kids Dental cualquier cambio en la información y la salud de mi hijo.

Impresión: _____ Firma: _____ Date: _____