

Recall Patient Registration Form

Formulario de registraci3n para pacientes que regresan

Today's Date: _____ Patient (Child's) Name: _____ Date of Birth: _____
 Fecha de hoy: _____ Nombre/s y apellido/s del (menor) paciente _____ Fecha de nacimiento _____

Reason for Visit: Recall Other _____ Your Name: _____ Date of Birth: _____
 Motivo de su visita De regreso Otro _____ Sus nombre/s y apellido/s _____ Fecha de nacimiento _____

Your relationship to patient: Su relaci3n con el paciente _____

Street Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
 Domicilio particular _____ Ciudad _____ Estado _____ C3digo postal _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____ Work phone: _____
 Tel3fono fijo _____ Celular/m3vil _____ Tel3fono del trabajo _____

Email: _____ Driver's License #: _____
 Direcci3n de correo electr3nico _____ N3 de licencia de conducir _____

Preferred contact method? (Circle as applicable) E-mailText Home Phone Cell Phone Work Phone
 ¿C3mo prefiere ser contactado? (Circule) E-mail Texto Tel. particular Tel. celular Tel. Trabajo

Patient Medical and Dental History

Historial cl3nico y dental del paciente

Does your child have a history of **ANY** of the following medical conditions below? Please check **ALL** that apply.
 ¿Tiene su menor antecedentes de **ALGUNA** de las siguientes afecciones de salud? S3rvase marcar **TODAS** las que correspondan.

NONE OF THE BELOW APPLY (NINGUNO DE LOS SIGUIENTES APLICAN)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Heart Disease
<i>Cardiopata</i>

<input type="checkbox"/> Organ Transplant
<i>Transplante de 3rgano</i>

<input type="checkbox"/> HIV/AIDS
<i>Sida/VIH+</i>

<input type="checkbox"/> Sickle Cell Disease
<i>Anemia de c3lulas falciformes</i>

<input type="checkbox"/> Rheumatic Fever
<i>Fiebre reumática</i>

<input type="checkbox"/> Diabetes (Type I or II)
<i>Tipo de diabetes (I o II)</i>

<input type="checkbox"/> Abnormal Bleeding/ Hemophilia/Thalassemia
<i>Sangrado anormal, hemofilia, talasemia</i>

<input type="checkbox"/> History of Cardiac Surgery
<i>Historial de cirugía cardíaca</i>

<input type="checkbox"/> History of Blood Transfusions/Dialysis
<i>Historial de transfusiones de sangre, diálisis</i>

<input type="checkbox"/> Bone Marrow Transplant
<i>Transplante de médula</i>

<input type="checkbox"/> History of Cancer/Tumors
<i>Historial de cancer, tumores</i> | <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy
<i>Parálisis cerebral</i>

<input type="checkbox"/> Tuberculosis

<input type="checkbox"/> Seizures/Epilepsy
<i>Convulsiones/epilepsia</i>

<input type="checkbox"/> Hepatitis Type A/B/C

<input type="checkbox"/> Cystic Fibrosis
<i>Fibrosis quística</i>

<input type="checkbox"/> Liver/Kidney Disease
<i>Enfermedad hepática/renal</i>

<input type="checkbox"/> Sleep Apnea
<i>Apnea nocturna</i> | <input type="checkbox"/> Innocent Heart Murmur
<i>Soplo del corazón inofensivo</i>

<input type="checkbox"/> Asthma
<i>Asma</i>

<input type="checkbox"/> GI Disorders/Reflux
<i>Enfermedad de reflujo gástrico</i>

<input type="checkbox"/> ADHD
<i>TDAH</i>

<input type="checkbox"/> Autism
<i>Autismo</i>

<input type="checkbox"/> Down's Syndrome
<i>Síndrome de Down</i>

<input type="checkbox"/> Developmental Delay
<i>Retraso del desarrollo</i>

<input type="checkbox"/> Psychiatric Illness
<i>Enfermedad psiquiátrica</i>

<input type="checkbox"/> Drug/Alcohol/Tobacco use
<i>Problemas de alcohol/drogas</i>

<input type="checkbox"/> Spina Bífida
<i>Espina bífida</i>

<input type="checkbox"/> Visual/Auditory impaired
<i>Discapacidad visual, auditiva</i>

<input type="checkbox"/> Speech Impediment
<i>Problemas de expresi3n</i>

<input type="checkbox"/> Recurrent Ear Infections
<i>Infecciones recurrentes de oído</i>

<input type="checkbox"/> Whooping Cough
<i>Tos ferina</i>

<input type="checkbox"/> Eating Disorder
<i>Trastorno alimenticio</i>

<input type="checkbox"/> Dizziness/Fainting
<i>Mareos, desmayos</i>

<input type="checkbox"/> Genetic Disorder
<i>Afecci3n genética</i>

<input type="checkbox"/> Pregnant (Currently)
<i>Embarazada (al presente)</i> |
|---|---|---|
- Other medical conditions (please list/explain):
 Otras afecciones de salud (s3rvase enumerar y explicar)
- _____
- _____
- _____
- _____

The conditions in this box may require medical consultation and antibiotic prophylaxis.
 Las afecciones de salud mencionadas en este recuadro pudieran requerir consulta médica y profilaxis antibiótica.

Does your child have any **ALLERGIES** to the following?
¿Es su menor alérgico a los siguientes?

NO KNOWN ALLERGIES
No se conocen alergias

Latex
Latex

Penicillin
Penicilina

Medications: _____
Medicamentos

Food/Other: _____
Alimentos, otros

Does your child take any medications? ¿Toma algún medicamento su menor?

NO MEDICATIONS
No toma medicamentos

YES, please list: _____
Si afirmativo, por favor enumere

Has your child ever been hospitalized or had surgeries? ¿Su menor ha sido hospitalizado o tenido cirugías?

NEVER BEEN HOSPITALIZED
Nunca ha sido hospitalizado

YES, please specify: _____
Si afirmativo, explique

Dental update: Any changes since your last appointment?

Actualización dental: ¿algún cambio desde su última consulta?

NO DENTAL CHANGES
Sin cambios

YES, please explain: _____
Sí, explique

I attest that all information provided by me in this Recall Form is accurate and correct. I am aware that this information will be kept confidential and it is my responsibility to inform this office of any changes in my child's medical history. I authorize the dental staff to perform any necessary dental services that my child may require.

Declaro que toda la información que he aportado en este Paquete para pacientes de regreso, es correcta. Que será tratada con la mayor confidencialidad, y que es mi responsabilidad el informar a esta Consulta sobre cualquier cambio en el estatus médico de mi menor. Autorizo al personal dental a que presten los servicios dentales necesarios que mi menor pueda llegar a necesitar

Name/Nombre/s y apellido/s: _____

Signature/Firma: _____ Date/Fecha: _____