



# NEW LENOX DENTAL GROUP

1600 W Lincoln Highway

New Lenox, IL 60451

(815) 485-2345

## Actualizar El Annual Medico

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Cual es el mejor numero de telefono para ponerse en contacto con usted? \_\_\_\_\_

Por favor proporcione su dirección de correo electrónico y número de teléfono móvil a continuación para que nuestra oficina lo contacte.

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_ **Teléfono movil #:** \_\_\_\_\_

- Ha habido algun cambio en su salud en general, en los ultimos 12 meses, incluyendo cirugia y/o hospitalizacion?  
NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ Por Favor Explique \_\_\_\_\_
- Esta usted actualmente bajo el cuidado de un medico, debido a las condiciones especificas?  
NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ Por Favor Explique \_\_\_\_\_
- Esta en este momento tomando cualquier medicamento de prescripcion o medicamentos de venta libre?  
NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ Anote todos los medicamentos: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Fuma o usa tabaco en cualquier otra forma? NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_
  - Solo Mujeres: Esta embarazada? NO \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ Fecha de su parto? \_\_\_\_\_

Se han producido cambios con su cobertura de seguro dental?

NO \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ (En caso afirmativo proporcione la oficina con su tarjeta actual)

Por este medio certifico que he leído y comprendido la información anterior y que es precisa y fiel a mi mejor de mi conocimiento. Reconozco que el suministro de información incorrecta tiene el potencial de ser peligroso para mi salud.

**FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O GUARDIAN** \_\_\_\_\_

**RELACION CON EL PACIENTE** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_