

A Wonderful World For Dentistry
General Dentistry for Children & Young Adults
Nelson & Reynolds, PLLC

Medical History Update

Patient name: _____ Phone Number _____

Date of birth _____ Age _____ Wt. _____ Ht. _____ Sex _____ Email: _____

Physician's Name _____ Today's date: _____

Are you presently in good health? Yes No

If no, please explain

Past serious illnesses? Yes No

If yes, please explain

Have you been admitted to a hospital overnight within the past year? Yes No

If yes, please explain

List all medications you take including OTCs and herbal remedies:

Allergies to medications? Yes No

If yes, please list

Date of last physical exam _____

Is there a chance you are pregnant? Yes No

Are you using birth control pills? Yes No

Have you ever had a blood transfusion? Yes No

List all surgeries in the past

Have you or any family member ever experienced a reaction to anesthesia? Yes No

If yes, how much and for how long?

Do you have diabetes? Yes No

If yes, please explain?

Do you have sleep apnea? Yes No

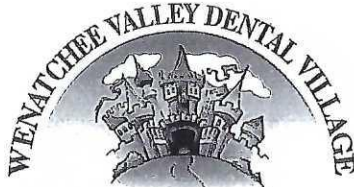
If yes, how much and for how long?

Do you have high blood pressure? Yes No

If yes, how much and for how long?

Justin R. Nelson, DMD • Thomas L. Reynolds, DDS

210 Valley Mall Parkway • East Wenatchee, WA 98802 • (509) 886-2500 • Fax: (509) 886-3600



A Wonderful World For Dentistry

AUTORIZACION PARA LA ENTREGA U OBTENCION DE INFORMACION MÉDICA

Como el tutor legal o albacea del paciente nombrado aquí abajo, por la presente autorizo a Nelson & Reynolds, PLLC, d/b/a Wenatchee Valley Dental Village, dar a conocer la siguiente información dental de:

Nombre completo del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Numero de Seguro Social: _____

Fecha del Tratamiento: _____

Esta información incluye, pero no es limitada a: información personal del paciente, historial médica y dental, historial de exámenes, radiografías, fotografías clínicas, historial de tratamientos, referimientos y consultas recomendadas, reportes, y otro material relacionado.

También permito que tomen fotografías para establecer las condiciones dentales y para propósitos educativos.

Razón para la entrega del expediente: _____

Como tutor legal o natural o como albacea del paciente anteriormente nombrado, por la presente autorizo la entrega u obtención de toda la información indicada en las líneas anteriores. Comprendo que la información médica del paciente es confidencial y esta protegida por las leyes de privacidad y las regulaciones tanto federales como estatales. Como el tutor legal o natural o como albacea del paciente anteriormente nombrado, por la presente renuncio a los derechos del paciente anteriormente nombrado y a los privilegios relacionados con la protección y confidencialidad de la información médica del paciente, y estoy de acuerdo en hacer a Nelson and Reynolds, PLLC, libre de toda responsabilidad, de daños y de gastos relacionados con la revelación de la información médica y dental del paciente como se autorizo anteriormente.

Entiendo que puedo abolir esta autorización a cualquier hora excepto en la medida en la que previas acciones hayan sido tomadas bajo esta autorización. Esta autorización se vence 60 días después de la fecha que fue firmada si es que no fue abolida anteriormente.

Entiendo que debo notificar por escrito y con cuarenta y ocho (48) horas de anticipación antes de recibir el expediente.

Fecha: _____

Firma: _____

Nombre Impreso: _____

Relación con el Paciente: _____

General Dentistry for Children & Young Adults

Nelson & Reynolds, PLLC

Justin R. Nelson, DMD • Thomas L. Reynolds, DDS

210 Valley Mall Parkway • East Wenatchee, WA 98802 • (509) 886-2500 • Fax: (509) 886-3600