

Serengeti Smiles Pediatric Dentistry
Expediente De Actualizacion

Nombre del niño: _____ D.O.B _____

**** ¿El paciente tiene fiebre en las últimas 24 horas? Sí No ****

¿ Ha realizado cualquier **cambio** en la **salud del paciente** desde la última cita con el dentista? Sí
No

En caso afirmativo, describa _____

¿ Es su hijo **alérgico** a cualquier droga o medicamento? Sí No

Si responde sí, indíquelos: _____

¿ Es el paciente tomar **algún** medicamento? Sí No

Si responde sí, indíquelos: _____

¿ Ha sido paciente **recientemente** diagnosticado con alguna condición médica? Sí No

Si responde sí, indíquelos: _____

¿Tienes alguna especial **preocupaciones** para la visita?

Ha sido el paciente a otra clínica dental **desde su última visita** ¿ a nuestra oficina? Sí No

Es su hijo **alérgico** a la: **Látex** **Anestésicos dentales (novocaína)**
 Níquel **alergias a los alimentos**

Si responde sí, indíquelos: _____ otro: _____

¿Su niño tiene una **Historia de reflujo ácido**? Sí No

En caso afirmativo, sírvase precisar la respuesta: _____

Padres / Tutores Información:

Nombre: _____ Seguro Socail: _____

Fecha De Nacimiento: _____

Dirección: _____

Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: _____

Casa: Celular:

**** Se requiere Dirección de Correo electrónico:** _____

Seguro de:

Nombre del titular de la política: _____ SS # _____ D.O.B _____

Empleador de tomador: _____

Seguro Co. Nombre _____

Serengeti Smiles Pediatric Dentistry Expediente De Actualizacion

¿ Niño tiene seguro secundaria cobertura? **SÍ** **NO**

***Su hijo alguna vez ha tenido o tiene actualmente un siguiente ***

Marque sí o NO	Sí	No	Marque sí o NO	Sí	No
Alergias			Epilepsia		
Asma			Desmayos		
Anemia			Pérdida de la Audicion / Desorden del Hablar		
SIDA			Hepatitis		
Desorden Sanguineo			Stornos renales		
Desorden Sangrante			Enfermedad del Hígado		
Cáncer			Enfermedad Pulmonar		
Parálisis Cerebral			Trastorno Mental/del Comportamiento		
Defecto Cardiac Congenito/Soplo Cardiac			Fiebre Reumática		
Convulsiones			VIH Positivo		
Diabetes			Tuberculosis		

Nombre del niño: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Padre o Tutor Legal de impresia nombre: _____

Autorizo a las siguientes personas a buscar servicios de odontología y el tratamiento para mi hijo como recomendados o suministrados por **Dr. E Dale Martin, Dr. Camille LaHue & Dr. Sarah Shin-Kim.**

Imprimir nombre / relación / número de teléfono:

- _____
- _____

Debe elegir uno de los siguientes en orden de forma válida.

Para el período siguiente: _____ Hasta: _____

Hasta el momento en que esta autorización sea revocada por escrito.

Firma: _____ fecha : _____

*******Se le pedira para completar un nuevo cada 12 meses*******