

HISTORIAL MEDICO



Para su conveniencia, imprima esta forma, rellene el formulario y favor de traer con usted a la cita. El padre o guardián que acompañe al paciente a la cita es responsable por el pago al tiempo del servicio.

CUENTANOS SOBRE TU HIJO/A (TELL US ABOUT YOUR CHILD)

Nombre _____

Apodo _____ M / F

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Dirección _____

Para detectar caries y evitar caries, yo autorizo que mi hijo/a reciba:

Rayos X Si / No **Fluoruro** Si / No **Selladores** Si / No

***Si usted tiene alguna pregunta sobre los procedimientos mencionados arriba, favor de preguntarnos**

PADRE/GUARDIAN #1 (PARENT #1 INFORMATION)

Nombre _____

Relación al Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ SSN _____

Empleador _____

Celular Móvil _____ Numero Trabajo _____ Numero Alternativo _____

Correo Electronico _____

¿Usted tiene la custodia legal del paciente? Si / No

Estado Civil: Soltero/a / Casado/a / Separado/a / Viudo/a / Divorciado/a

PADRE/GUARDIAN #2 (PARENT #2 INFORMATION)

Nombre _____

Relación al Paciente _____

Fecha de Nacimiento _____ SSN _____

Empleador _____

Celular Móvil _____ Numero Trabajo _____ Numero Alternativo _____

Correo Electronico _____

¿Usted tiene la custodia legal del paciente? Si / No

Estado Civil: Soltero/a / Casado/a / Separado/a / Viudo/a / Divorciado/a

CONTACTO DE EMERGENCIA (EMERGENCY ADDITIONAL CONTACT)

Contacto de emergencia adicional:

Nombre _____

Celular Móvil _____

¿QUIEN ACOMPAÑA AL PACIENTE EL DIA DE HOY? (WHO IS ACCOMPANYING YOUR CHILD TODAY?)

Nombre _____

Relacion al Paciente _____

¿Usted tiene la custodia legal del paciente? Si / No

SEGURO (INSURANCE)

PRIMARIO

Nombre de la Compañía del Seguro _____

Nombre del Propietario del Seguro _____

SECUNDARIO

Nombre de la Compañía del Seguro _____

Nombre del Propietario del Seguro _____

PREGUNTAS ADICIONALES (ADDITIONAL INFORMATION)

¿Cuál es el propósito de su visita el día de hoy? _____

HISTORIAL DENTAL (DENTAL HISTORY)

¿Ha visto su hijo/a a un dentista? Si / No

¿Cuánto tiempo desde la última visita al dentista? _____

¿Le tomaron radiografías en el dentista anterior? Si / No

Nombre del dentista anterior: _____

¿Ha habido lesiones pasadas a los dientes, cara, o boca? Si / No

Si contesto Si, por favor explique: _____

¿Su hijo/a tiene algún dolor? Si / No

¿Tiene su hijo/a alguno de los siguientes hábitos? **(Por favor indique con una X)**

<input type="checkbox"/>	Chupar/Morder los labios	<input type="checkbox"/>	Usa biberón o taza para niños
<input type="checkbox"/>	Amamanta	<input type="checkbox"/>	Muerde las uñas
<input type="checkbox"/>	Chupar los dedos	<input type="checkbox"/>	Se va a dormir con el biberón o taza de niños

¿Su hijo/a ha tenido algún problema grave o difícil asociado con el trabajo dental anteriormente? Si contesto Si, por favor explique: _____

(Por favor indique con una X)

<input type="checkbox"/>	¿El agua de su hijo/a es fluorada?	<input type="checkbox"/>	¿Algun problema comiendo?
<input type="checkbox"/>	¿Su hijo/a toma suplementos de fluoruro?	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo/a usa el hilo dental al diario?
<input type="checkbox"/>	¿Alguna vez su hijo/a ha tenido dolor en la mandíbula o conjunto (TMJ/TMD)?	<input type="checkbox"/>	¿Su hijo/a se cepilla los dientes diariamente?

HISTORIAL DE SALUD (HEALTH HISTORY)

¿Su hijo/a a tenido un historial o dificultad con cualquiera de los siguientes?:

(Por favor indique con una X)

<input type="checkbox"/>	Corazon	<input type="checkbox"/>	Lesion cerebral o trauma pasado
<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	Problema de los huesos
<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Trastorno hemorrágico
<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	Paralisis cerebral
<input type="checkbox"/>	Alergia a medicamentos	<input type="checkbox"/>	Problemas del hígado
<input type="checkbox"/>	Retraso en el desarrollo	<input type="checkbox"/>	Nacimiento prematuro
<input type="checkbox"/>	Problemas emocionales o de comportamiento	<input type="checkbox"/>	Cancer
<input type="checkbox"/>	Autismo	<input type="checkbox"/>	Trastorno Inmunitario /
<input type="checkbox"/>	ADD / ADHD	<input type="checkbox"/>	VIH / Sida
<input type="checkbox"/>	Trastorno del habla	<input type="checkbox"/>	Desmayos
<input type="checkbox"/>	Problema de audición	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis
<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	Anemia
<input type="checkbox"/>	Sangramiento Nasal	<input type="checkbox"/>	Riñon
<input type="checkbox"/>	Ronca / Apnea del sueño	<input type="checkbox"/>	Embarazada
<input type="checkbox"/>	Moretones		

*Por favor notifiquenos de cualquier otra condición medica o informacion que pueda ser importante para el cuidado dental de su hijo/a.

Marque esta casilla si su hijo/a no tiene condiciones medicas.

HISTORIAL DE SALUD (CONT.)

(HEALTH HISTORY (CONT.))

Porfavor indique cualquier problema medico grave que su hijo/a haya tenido:

Porfavor indique todos los medicamentos que su hijo/a esta tomando: _____

Porfavor indique todos los medicamentos y alimentos que su hijo/a es alérgico y sensibilidades a los metales: _____

¿Ha tenido su hijo exposición de primera mano, segunda mano o tercera mano al tabaco, alcohol o drogas? Si / No Si contesto Si, por favor explique:

¿Hay algo mas que le gustaría que sepamos? _____

Medico del Niño/a

Numero de Contacto del Medico

¿Esta su hijo bajo el cuidado medico de un doctor? Si / No

Porfavor describa la salud física de su hijo/a: Bueno / Justa / Pobre

Nuestra oficina se compromete a cumplir o a exceder los estandores de control de infecciones, por OSHA, el CDC, y la ADA.

¿A quien le podemos agradecer por referirnos? _____

Entiendo que la información que he dado es correcta a mi mejor conocimiento, que se cuidara con la mas estricta de la confianza y es mi responsabilidad informar a esta oficina de cualquier cambio en el estado medico de mi hijo/a. Autorizo al personal dental a realizar los servicios dentales necesarios que mi hijo/a pueda necesitar.

Firma

Fecha

Relacion al Paciente

SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA (FOR OFFICE USE ONLY)

He revisado verbalmente la información medica/dental mencionada anterior con el padre/guardian y el paciente aquí nombrado.

Iniciales

Fecha

Comentarios del Doctor _____

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y LA REVELACION DE LA INFORMACION DE SALUD

PROPÓSITO, NOTIFICACIÓN DE PRACTICAS PRIVADAS, DERECHO DE REVOCACIÓN, Y DENEGACIÓN DE SEGURO



SMILES 4 KEEPS
PEDIATRIC DENTISTRY

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

EL PROPOSITO DE CONSENTIMIENTO

Al firmar este formulario, usted consiente nuestro uso y revelación de la información medica de su hijo/a para llevar acabo el tratamiento, las actividades de pago y las opciones de atención medica.

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Usted tiene el derecho a leer nuestro aviso de prácticas de privacidad antes de decidir si desea firmar este consentimiento. Nuestro aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pago y operaciones de atención medica, de los usos y revelaciones que podemos hacer de la información de salud protegida de su hijo/a. Una copia de nuestros avisos acompaña este consentimiento.

Nosotros reservamos el derecho de cambiar nuestras Prácticas de Privacidad como se describe en nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad. Si cambiamos nuestras Prácticas de Privacidad, publicaremos un aviso revisado de las Prácticas de Privacidad que contengan los cambios. Esos cambios pueden aplicarse a cualquier información de salud protegida que mantengamos de su hijo/a.

DERECHO DE REVOCAR

Usted tiene el derecho de revocar el consentimiento en cualquier momento dándole notificación por escrito de su revocación a la recepcionista en nuestra oficina. Porfavor entienda que la revocación de este consentimiento no afectara ninguna acción que tomemos en dependencia de este consentimiento antes de que hayamos recibido su revocación, y que podemos negar tratar a su hijo/a o seguir tratando a su hijo/a si usted revoca este consentimiento.

Yo, _____ (nombre), como el/la _____ (relación al paciente) del paciente mencionado anteriormente, e tenido plena oportunidad de leer y considerar el contenido de este formulario de consentimiento y su notificación de Practicas Privadas. Entiendo que al firmar este formulario de consentimiento estoy dando consentimiento a su uso y revelación de la información medica protegida de mi hijo/a para llevar acabo cualquier tratamiento, actividades de pago, y opciones de atención medica.

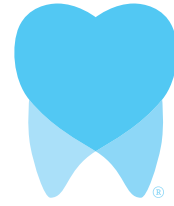
SEGURO NEGADO

Los reclamos de seguro dental pueden ser negados por una variedad de razones. Yo autorizo a los representantes de Smiles 4 Keeps, para ponerse en contacto con mi aseguranza en mi nombre para determinar el motivo en porque los reclamos están siendo negados y apelar la decisión cuando sea necesario.

Firma

Fecha

FIRMANTES ALTERNATIVOS PARA CONSENTIMIENTO



SMILES 4 KEEPS
PEDIATRIC DENTISTRY

Fecha: _____

Yo, _____, autorizo a las siguientes personas a acompañar a
Nombre del Padre o Guardian

Nombre or Nombres del niño/a

a su cita programada y ofrecer consentimiento por escrito en mi nombre para el tratamiento recomendado. Dicho tratamiento puede incluir exámenes dentales, profilaxis, restauraciones, coronas, radiografías, terapia pulpar, mantenedores de espacio, selladores, extracciones, así como pero no limitado a la hidroxizina, anestesia local, óxido nitroso, demerol, cualquier medicamento de rescate o intervención y el uso de la envoltura de niño (para la seguridad de los pacientes). Estoy consiente de que el tratamiento de mi hijo/a puede cambiar y autorizo el tratamiento enmendado que sea realizado.

OPCION A

Yo aquí presente autorizo el consentimiento para todo tratamiento en el futuro _____. Porfavor proporcione un numero de celular. _____ Iniciales

***Si hay algún cambio en el tratamiento, el personal le informará a los firmantes autorizados y obtendrán el consentimiento y las firmas antes de hacer los cambios necesarios.**

Nombre del Padre o Guardian

Firma del Padre o Guardian

Nombre del Firmante Autorizado

Relación al Paciente

Nombre del Firmante Autorizado

Relación al Paciente

Nombre del Firmante Autorizado

Relación al Paciente

Testigo

OPCION B

Yo solo autorizo consentimiento para el plan de tratamiento que se me presento el dia _____ Fecha _____ Iniciales

***Yo comprendo que esta autorización puede ser revocada en cualquier momento solo por escrito.**