

HISTORIAL MEDICO

(Estas pregunta son de gran valor para darnos un mayor entendimiento de su hijo)

- A. Nombre del paciente _____ Apodo _____
- B. Edad _____ fecha de nacimiento _____ Sexo _____ Peso _____
- C. Telefono de casa (____) _____
- D. Vemos a algun otro miembro de su familia si asi es denos los nombres _____
- E. Pediatra del paciente _____ Fecha del ultimo examen medico _____
- F. Dentista de la familia _____
- G. Tiene el paciente historial de algo de lo siguiente? (si asi es expliquenos)
- Transfucion de sangre
 - Problema cardiaco
 - Soplo cardiaco
 - Quimioterapia/cancer
 - Alergias
 - Alergias a medicaciones
 - Diabetes
 - Asma
 - Problemas de riñon ó higado
 - Epilepsia o convulsiones
 - Problemas de sangrado
 - Sida
 - Virus de VIH positivo
 - Enfermedades contagiosas
 - Protesis de alguna extremidad
 - Hepatitis
 - Alguna condition cerebral?
 - Tiene algun retraso mental?
 - Ha tenido alguna mala experiencia o reaction a algun tratamiento dental o medico?
- _____
- H. Por favor describanos cualquier tratamiento medico, incluyendo medicinas, cirugias, heridas recientes o alguna otra informacion de la cual debamos saber
- _____
- _____
- I. Razon por la visita: _____
- J. Quien la refirio: _____
- K. _____
- (firma del padre o madre) (checado por) (fecha)

INFORMACION GENERAL

A. Nombre del Padre _____ Celular(____) _____ Telefono de casa (____) _____
Domicilio _____ (# de Apt) _____ CD _____ Estado _____ C.P _____
Empleo _____ Ocupacion _____
Cuanto tiempo? _____ Fecha de nacimiento _____
Telefono del trabajo (____) _____ # de seguro social (SSN) _____
de licencia _____

B. Nombre del Madre _____ Celular(____) _____ Telefono de casa (____) _____
Domicilio _____ (# de Apt) _____ CD _____ Estado _____ C.P _____
Empleo _____ Ocupacion _____
Cuanto tiempo? _____ Fecha de nacimiento _____
Telefono del trabajo (____) _____ # de seguro social (SSN) _____
de licencia _____

C. Quien es responsable por la cuenta _____ fecha de nacimiento _____
Domicilio _____ # de Apt _____ CD _____ Estado _____ C.P _____
de seguro social SSN # _____ relacion con el paciente _____
Fecha de nacimiento _____ Empleo _____ Telefono del Trabajo(____) _____

D. Este niño tiene seguro dental? _____ Si así es:

1. El asegurado _____ Portador _____
de seguro social SSN # _____ Relacion con el paciente _____
fecha de nacimiento _____ Empleo _____
2. El asegurado _____ Portador _____
de seguro social SSN # _____ Relacion con el paciente _____
Fecha de nacimiento _____ Empleo _____

Pacientes que tienen cobertura de seguro también deben hacer pagos mensuales hasta que su cuenta este completamente pagada.

E. Si no podemos contactarlos, favor de apuntar los nombres de 2 personas que podamos contactar

1. _____ Telefono # (____) _____
2. _____ Telefono # (____) _____

F. CONSENTIMIENTO:

La persona responsable autoriza que le Doctor tome radiografías y use cualquier instrument necesario para el major diagnostic dental para el paciente y que use el tratamiento, terapia o recete cualquier medicacion necesaria.

(firma) _____ Relation con el paciente _____

(fecha)

MEDICAID Si No

FORMA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Yo entiendo que, bajo el Acto de Probabilidad y Consecuencia de 1996 (HIPPA), Yo tengo ciertos derechos de privacidad para proteger la informacion sobre mi salud. Yo entiendo que esta informacion puede y sera usada para:

- Hacer, planear y dirigir mi tratamiento e informarse entre los multiple proveedores de salud que puedan estar involucrados directa o indirectamente en mi tratamiento.
- Obtener pago de terceras personas.
- Dar cuidado medico y assessoramiento y certificaciones medicas.

He sido informado por ustedes de su Aviso de Practicas Privadas que contiene una description mas complete de los usos y explicaciones sobre mi salud medica. Me han dado el derecho de revisar tal Aviso de Practicas Privadas antes de firmar esta forma de consentimiento. Yo entiendo que esta organizacion tiene el derecho o de cambiar este Aviso de Practicas PRivadas de vez en cuando y que yo podre contactar a esta organizacion en cualquier momento en lo que es esta direccion para obtener una copia de el Aviso de Practicas Privadas.

Yo entiendo que puedo pedir por escrito que ustedes restringan el uso de mi informacion privada o usada o entregada para el tratamiento, pago, o peraciones de salud. Tambien you entiendo que ustedes no tiene que estar de acuerdo con las restricciones que you requeri, pero si ustedes estan de acuerdo entonces tiene que respetar dichas restricciones.

Yo entiendo que podre remover este consentimiento por escrito en cualquier momento, except encuanto a que se haya tomado accion relacionada con esta forma.

Nombre del Paciente: _____

Firma: _____

Relacion con el Paciente: _____

Fecha: _____