

Actualización de Historia de salud

Nos esforzamos por hacer que las visitas de sus hijos sean agradables y cómodas.

Fecha de hoy: _____

Nombre del hijo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Teléfono celular: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Madre _____ **Madrastra** _____ **Guardian** _____ **Padre** _____ **Padrastra** _____ **Guardian** _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Teléfono particular: _____

Teléfono particular: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono celular: _____

Teléfono del trabajo: _____

Teléfono del trabajo: _____

Empleador: _____

Empleador: _____

Estado civil _____ Soltera _____ Casada _____

_____ Viuda _____ Divorciada _____ Separada _____

Quién es responsable del pago? _____ Email: _____

INFORMACION DEL INGRESO ANUAL (Requerido)

Denti-Cal / Medi-Cal Numero: _____

Ingreso Anual de la Madre _____ Ingreso Anual del Padre o Guardian _____

Anote el total de las personas en su casa _____

¿Cuál transportación usa para las citas, carro, autobús, amistad o taxi o camina?

¿Cómo fue referida a esta clínica? _____

¿Cuál es la razón por su primer visita? _____

¿Quién la referió a esta clínica? _____

Número de Medical ID _____

Yo certifico que la información es la verdad y es a mi mejor conocimiento y le doy la autorización a la Clínica Dental de la Comunidad Para Niños de hacer investigaciones necesarias para confirmar información acerca de ingresos, también estoy de acuerdo que además de mi información, la ciudad de Burbank y/o el departamento de viviendas (HUD) puede autorizar y proveer documentos de soporte si es necesario. En hacer aplicación a la clínica yo certifico que mi niño no tiene aseguranza ni cualquier ayuda del gobierno tal como Medi-Cal porque eso sería fraudulento. Siendo Padre o Guardian, yo verifico que yo soy responsable por la salud de mi niño. Esta clínica opera solamente con voluntarios y es un negocio sin fines lucrativos por favor sepa que se les ponen citas a muchos niños que necesitan tratamiento y el tiempo de espera puede ser largo para que cada individuo reciba el tratamiento que necesita.

Arreglos Financieros: Al contado y cheques solamente de \$25 total al tiempo de cada tratamiento.

Yo comprendo que cuando haga una cita y no pueda guardarla, es mi responsabilidad de cancelarla dentro de 24 horas o tendré que pagar los \$25.

(Historia medical al reverso)

Historica Dental y de Salud

CONFIDENCIAL

La salud general de su hijo, así como cualquier medicamento que su hijo tome puede tener una importante interrelacion con el cuidado dental que reciba. Responda completamente cada una de las siguientes preguntas.

Es esta la primera visita de su nino al Dentista? si ____ no ____

Ha tenido dificultades su nino en visitas dentales?si ____ no ____

Fecha de su ultima visita _____

¿con qué frecuencia se cepilla los dientes? _____

¿Con qué frecuencia su hijo usa seda dental? _____

¿Es fluorizada el agua de su hijo? __ sí __ no

¿Toma su hijo suplementos fluorizados? __ sí __ no

Su Hijo:

¿Toma su nino aqua dela llave? __ sí __ no

Se chupa el pulgar o dedo? __ sí __ no

Masca objetos duros? (lápices, etc.) __ sí __ no

Se chupa o muerde el labio? __ sí __ no

Rechina los dientes? __ sí __ no

Se come las uñas? __ sí __ no

Aprieta la mandíbula? __ sí __ no

Tiene dolor? __ sí __ no

Dentista anterior _____

Dirección _____

Médico del niño _____

Dirección _____

de teléfono _____

Actualmente, estás bajo tratamiento de ortodoncia? _ sí _ no (en caso afirmativo, indique el nombre y número de teléfono)

Nombre: _____ # de teléfono _____

¿Está tomando actualmente su hijo algún medicamento? ____ sí __ no (si la repuesta es sí, anote) _____

¿Tiene su hijo antecedentes de reacciones alérgicas, de sensibilidad, adversas a cualquier droga o medicamento) (penicilina, Novocaína, etc.)? ____ sí __ no (si la repuesta es sí, describalo) _____

¿Tiene su hijo antecedentes de alergias a cualquier otra sustancia como látex, al ambiente, etc.? __ sí __ no

Ha sufrido alguna vez su hijo alguno de los siguientes problemas:

Asma __ sí __ no

Problemas estomacales, hepáticos o renales __ sí __ no

Cáncer __ sí __ no

Incapacidad/ Discapacidad __ sí __ no

Hepatitis __ sí __ no

Tuberculosis __ sí __ no

VIH/SIDA __ sí __ no

Diabetes __ sí __ no

Hemofilia __ sí __ no

Fiebre Reumática __ sí __ no

Tos a aclaración de la garganta persistente no asociada con una enfermedad conocida

Llagas en la boca __ sí __ no

(que haya durado más de 3 semanas) __ sí __ no

Defectos Cardiacos Congénitos __ sí __ no

Anemia __ sí __ no

Murmullo Cardiaco? __ sí __ no

Hemorragia abnormal __ sí __ no

Convulsiones __ sí __ no

Infeccion de los oídos __ sí __ no

Spina Bifida __ sí __ no

Alta presion de sangre __ sí __ no

Explique cualquier problema medico que tenga su hijo : _____

Organos Transplantes __ sí __ no

Problemas emocionales, mentales __ sí __ no

Historial de uso de drogas o fumar ____si __no

Embarazada o planeando quedar embarazada ____sí __no

Por favor explique _____

Autorización y Entrega de Información

A mi entender, las preguntas de este formulario se han respondido satisfactoriamente. Comprendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. Es mi responsabilidad informar a la consulta dental de cualquier cambio en el estado de salud de mi hijo. También autorizo al personal dental a realizar los servicios dentales necesarios que mi hijo pueda necesitar.

También autorizo al dentista a entregar cualquier información incluido el diagnóstico y registros de tratamiento o exámenes dados a mi hijo durante el periodo de dicha atención a terceros pagadores y/o a otros profesionales de la salud. Autorizo y solicito a mi compañía de seguros a pagar directamente al dentista o al grupo de dentistas los beneficios del seguro o de lo contrario pagaderos a mi persona. Comprendo que mi compañía de seguros puede pagar menos que la boleta real por los servicios. Acepto hacerme responsable de los pagos de todos los servicios dados en mi nombre o mis cargas.

Firma del paciente (o padre/guardian si es menor de edad)

Fecha
