

Formulario de Historial de Salud del Paciente

Información del Paciente

Nombre	Inicial del segundo nombre
Apellido	Prefiero ser llamado (Apodo)
Fecha de nacimiento (MM-DD-AAAA)	Género
¿A quién podemos agradecerle por remitirlo a nuestra oficina?	¿Otros miembros de la familia vistos por nosotros?

Información del Padre/Tutor

Relación con el paciente (circule)	Padre/Madre/Guardián legal	Padre adoptivo
Nombre completo	Dirección postal	Código postal
Teléfono de casa	Teléfono de trabajo	Dirección de correo electrónico
Teléfono móvil		
Número de seguro social	Fecha de nacimiento	
Empleador	Soltero, Casado o Divorciado	
Nombre del cónyuge	Número de seguro social del Cónyuge	

Seguro Dental Primario

Nombre del asegurado	Relación del asegurado con el Paciente
Fecha de nacimiento del asegurado	Número de seguro social del asegurado
Nombre del empleador del asegurado	Nombre de la compañía de seguros
Número de identificación del seguro	Número de grupo
Dirección de la compañía de seguros	Número de teléfono del seguro

Seguro Dental Secundario

Nombre del asegurado	Relación del asegurado con el paciente
Fecha de nacimiento del asegurado	Número de seguro social del asegurado
Nombre del empleador del asegurado	Nombre de la compañía de seguros
Número de identificación del seguro	Número de grupo
Dirección de la compañía de seguros	Número de teléfono del seguro

Información de Emergencia

Alguien a quien notificar en caso de emergencia que no viva con el niño

Teléfono	Relación
----------	----------

Historial Médico del Paciente

Complete esta sección a su mejor saber y entender. Es importante para nosotros que estemos al tanto de cualquier problema de salud que pueda afectar el tratamiento que el niño recibe de nuestra oficina. Esta información se mantiene estrictamente confidencial.

Doctor	Fecha de la última visita
Teléfono del Doctor	

Por favor, circule Sí o No a lo que aplique al niño y agregue los comentarios relevantes.

¿El niño(a) actualmente esta siendo tratado por cualquier enfermedad?	Sí	No	Comentario:
¿El niño toma algún medicamento?	Sí	No	Comentario:
¿El niño es alérgico a algún medicamento?	Sí	No	Comentario:
¿ El niño es alérgico a cualquier otra cosa, como ciertos alimentos?	Si	No	Comentario:
¿Tiene el niño antecedents de alguna enfermedad grave?	Si	No	Comentario:
¿Alguna vez el niño recibió anestesia general o ha tenido alguna operación?	Si	No	Comentario:

Nombre del niño (a):

¿ El niño ha estado envuelto en un accidente serio? Sí No Comentario:

¿ El niño tiene algún problema heredado? Sí No Comentario:

¿ El niño tiene alguna dificultad del habla? Sí No Comentario:

Por favor circule Sí o No para cualquier condición que el niño haya tenido o tenga actualmente:

Sangrado Anormal/hemofilia	Sí	No	TDAH *	Sí	No
Anemia	Sí	No	Artritis	Sí	No
Asma o fiebre del heno	Sí	No	Autismo	Sí	No
Trastornos óseos	Sí	No	Parálisis cerebral	Sí	No
Defecto cardíaco congénito	Sí	No	Diabetes	Sí	No
Mareos	Sí	No	Síndrome de Down	Sí	No
Epilepsia	Sí	No	Trastornos Gastrointestinales	Sí	No
Soplo cardíaco	Sí	No	Problemas cardíacos	Sí	No
Hepatitis / Problemas hepáticos	Sí	No	Herpes	Sí	No
Presión arterial alta	Sí	No	VIH / SIDA	Sí	No
Problemas renales	Sí	No	Alergia al látex	Sí	No
MRSA *	Sí	No	Trastornos nerviosos	Sí	No
Neumonía	Sí	No	Sangrado prolongado	Sí	No
Radiación / quimioterapia	Sí	No	Fiebre reumática	Sí	No
Convulsiones	Sí	No	Tuberculosis	Sí	No
Tumor o cáncer	Sí	No			

¿Hay alguna condición médica que no hayamos discutido y que usted considere que deberíamos tener en cuenta?

* MRSA Infección por estafilococo Aureus

* TDAH Trastorno de déficit de atención con hiperactividad

Historia Dental del Paciente

Dentista General

Fecha de la última visita

¿Qué es lo que más le preocupa de los dientes del niño?

Por favor, marque Sí o No a lo que aplique al niño y agregue los comentarios relevantes.

¿Está el niño actualmente con algún dolor dental?	Sí	No	Comentario:
¿Alguna vez el niño ha experimentado alguna reacción desfavorable a la odontología?	Sí	No	Comentario:
¿Alguna vez el niño ha perdido o astillado algún diente?	Sí	No	Comentario:
¿Alguna vez el niño ha tenido lesiones en la cara, boca o dientes?	Sí	No	Comentario:
¿Alguna parte de la boca del niño es sensible a temperatura?	Sí	No	Comentario:
¿Alguna parte de la boca del niño es sensible a presión?	Sí	No	Comentario:
¿Tiene el niño algún tipo de hábito del pulgar, chupete o de la lengua?	Sí	No	Comentario:
¿El niño respira por la boca?	Sí	No	Comentario:
¿El niño ha visto alguna vez a un dentista?	Sí	No	Si es así, ¿quién?
¿Se siente incomodo el niño de los dientes o mandibula al despertar por la mañana?	Sí	No	Comentario:
¿Sabe si la mandibula del niño hace clic o truena?	Sí	No	Comentario:
¿Sabe si el niño aprieta los dientes durante el dia?	Sí	No	Comentario:

Nombre del niño(a):

¿Alguna vez le dijeron al niño: **Sí** **No** **Comentario:**
ese niño muele sus
dientes?

¿Tiene el niño “tensión” **Sí** **No** **Comentario:**
dolores de cabeza?

¿Ha experimentado su niño **Sí** **No** **Comentario:**
Zumbido crónico en los oídos?

¿A qué edad dejó el niño de beber biberón?

¿A qué edad dejó el niño de ser amamantado?

¿Toma el niño **Sí** **No**
suplementos de flúor?

¿Usa el niño **Si** **no**
pasta dental con flúor?

¿Qué tipo de agua bebe el niño (del grifo, pozo, embotellada o filtrada)?

Reconocimiento y firma de HIPAA

Al firmar su nombre, acepta lo siguiente:

Reconozco que me pusieron a disposición una copia del "Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA" de Kidspac Pediatric Dentistry.

Certifico que he leído y entiendo lo anterior. Reconozco que mis preguntas, si las hay, sobre las consultas expuestas anteriormente han sido respondidas a mi satisfacción. No haré responsable a mi dentista, ni a ningún miembro de su personal, de ninguna acción que tomen o no tomen debido a errores u omisiones que pueda haber realizado al completar este formulario.

Entiendo que faltar a 3 citas sin previo aviso de 24 horas puede resultar en la cancelacion del cuidado dental en Kidspac Pediatric Dentistry.

Doy mi consentimiento para que el dentista realice los procedimientos de diagnóstico y el tratamiento necesario para la atención dental adecuada. Doy mi consentimiento para que el dentista use y divulgue mis registros (o los registros de mi hijo) para llevar a cabo el tratamiento, obtener el pago y para aquellas actividades y operaciones de atención médica relacionadas con el tratamiento o el pago.

Autorizo el pago directamente al dentista o al grupo dental, de los beneficios del seguro que de otra manera me serían pagaderos. Entiendo que mi compañía de seguros de atención dental o el pagador de mis beneficios dentales pueden pagar menos de la factura real por los servicios, y que soy financieramente responsable del pago completo de todas las cuentas. Al firmar esta declaración, revoco todos los acuerdos anteriores en contrario y acepto ser responsable del pago de los servicios no pagados, por parte de mi pagador de atención dental.

Firma

Fecha