



### CUESTIONARIO DE HISTORIA DE SALUD

Email:

<b>Nombre del Paciente:</b>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<b>Fecha De Nacimiento:</b>	
<b>Dirección:</b>		<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código Postal:</b>
<b>Teléfono de Casa:</b>	<b>Teléfono Móvil:</b>	<b>Razón por su visita</b> <input type="checkbox"/> 6Meses <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Otro _____		

#### HISTORIA DE SALUD DEL PACIENTE

**Enfermedades de la infancia:**

Por Favor conteste las siguientes preguntas para  Sarampión  Paperas  Ruéola  Varicela  Fiebre Reumática  Polio  Ictericia el paciente:

**Por favor marque los que aplican actualmente**

<input type="checkbox"/> ADD (DDA)	<input type="checkbox"/> ADHD (TDAH)	<input type="checkbox"/> Sangra Facilmente	<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo _____
<input type="checkbox"/> Autismo		<input type="checkbox"/> Fiebre De Heno	<input type="checkbox"/> Leucemia / Cáncer
<input type="checkbox"/> Alergias a _____	<input type="checkbox"/> Disorden Genetico	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	
<input type="checkbox"/> Retrasos Del Desarrollo	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Hepatitis C	
<input type="checkbox"/> Síndrome Down	<input type="checkbox"/> Fibrosis Quística	<input type="checkbox"/> HIV/SIDA	
<input type="checkbox"/> Retrasos De Hablar	<input type="checkbox"/> Ronquidos	<input type="checkbox"/> Enfermedad Del Riñón	
<input type="checkbox"/> Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/> Epilepsy / Convulsiones	<input type="checkbox"/> Ciego	
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Reemplazo de Atriculaciones	<input type="checkbox"/> Embarazada	
<input type="checkbox"/> Problemas de Audición	<input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática	<input type="checkbox"/> OTRO _____	
<input type="checkbox"/> Presion Arterial Baja	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> <b>NINGUNO DE LOS ANTERIORES (Iniciales del Padre)</b>	

**Historia de Salud**

El paciente está tomando algún medicamento?  Sí  No

Por favor liste todos los medicamentos incluyendo los del mostrador que está tomando \_\_\_\_\_

El paciente tiene alguna alergia?  Sí  No Por favor de explicar \_\_\_\_\_

Ha sido hospitalizado el paciente en los últimos 5 años?  Sí  No Por favor de explicar \_\_\_\_\_

**Historia de la Salud Dental del Paciente**

El paciente ha tenido alguna vez una experiencia dental mala?  Sí  No

El paciente usa el hilo dental todos los días?  Sí  No

El paciente tiene algún hábito como la respiración bucal, dormir con un biberón o taza de sippy o chuparse el dedo?  Sí  No

El paciente se cepilla diariamente?  Sí  No

La encías sangran durante el uso de hilo dental o cepillarse?  Sí  No

Tiene el paciente cualquier dolor?  Sí  No

Los dientes del paciente tiene son sensibles a líquidos o alimentos calientes o fríos?  Sí  No

El paciente tiene alguna herida o bultos en la boca?  Sí  No

El paciente rechina o aprieta los dientes?  Sí  No

El paciente ha sufrido algún trauma en la cara, la boca, o la mandíbula?  Sí  No

El paciente ha tenido frenos?  Sí  No

Fecha de último examen dental : \_\_\_\_\_

Todas las Preguntas contenidas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y Pasarán a formar parte de su expediente médico/dental.

**Certifico que he leído y entendido la información anterior a lo mejor de mi conocimiento; las preguntas anteriores han sido contestadas con precisión. Entiendo que la información falsa o incorrecta puede ser peligrosa para la salud de mi hijo.**

Nombre del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Dentist Signature \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

<b>El Paciente ha tenido una transfusión de sangre alguna vez?</b>			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Ha tenido complicaciones después de tratamiento dental?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____		
El Paciente actualmente esta bajo el cuidado de un médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explicar _____		
El paciente está actualmente tomando algún medicamento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Favor de escribir todos los medicamentos incluyendo los del el mostrador _____		
Tiene el paciente alguna alergia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Favor de explicar _____		
Ha sido hospitalizado el paciente en los últimos 5 año?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Favor de explicar _____		

Información de Salud Médica			
<b>Nombre del Pediatra:</b>	<b>Ultima visita:</b>	<b>Motivo de la visita:</b>	
<b>Dirección:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código Postal:</b>
<b>Teléfono:</b>	<b>Fax:</b>		

Información del Padre o Tutor			
<b>Nombre de la Madre</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>SSN:</b>	
<b>Dirección:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código Postal:</b>
<b>Teléfono de Casa</b>	<b>Teléfono Móvil:</b>		
<b>Nombre del Padre:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>SSN:</b>	
<b>Dirección:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código Postal:</b>
<b>Teléfono de Casa:</b>	<b>Teléfono Móvil:</b>		

INFORMACIÓN DE SEGURO			
Aprobado para el programa de descuento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Medicaid	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	ID #
CHP+	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	ID #
Seguro Privado	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	

Por favor explicar cualquier otra procuración medica o dental:

**Certifico que he leído y entendido la información anterior a lo mejor de mi conocimiento; las preguntas anteriores han sido contestadas con precisión. Entiendo que la información falsa o incorrecta puede ser peligrosa para la salud de mi hijo.**

Nombre del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Como recordatorio a los padres todos los pacientes se deben de pagar en el momento del servicio si tiene alguna pregunta, por favor deje que el personal de la oficina sabe Gracias!**

**Para Uso De Oficina**

Dentist Signature \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Notes:



## ACERCA DE LOS ARREGLOS FINANCIEROS Y SEGURO DENTAL

Nos comprometemos a proporcionarle la mejor atención posible a su hijo. Si usted tiene seguro dental, estamos deseosos de ayudarlo a recibir sus beneficios máximos permitidos. Para lograr este objetivo, necesitamos su ayuda y su comprensión de nuestra política de pago.

**Pago de servicios es debido al tiempo que prestan servicios a menos que los arreglos de pago han sido aprobados previamente por nuestro administrador de oficina o asistente de negocios. Aceptamos efectivo, cheque, y tarjetas de crédito.**

Con mucho gusto vamos a discutir el tratamiento propuesto de su hijo y responda a las preguntas relativas a su seguro. Debe notar, sin embargo, que:

1. Su seguro es un contrato entre usted y la compañía de seguros. No somos parte de este contrato.
2. La mayoría de las compañías de seguros tienen un copago que se debe pagar, y la compañía de seguros pagará su parte. Usted es responsable de todos los saldos de su cuenta.
3. No todos los servicios son un beneficio cubierto en todos los contratos. Algunas compañías de seguros arbitrariamente seleccionar ciertos servicios que no cubre.

Como un proveedor de cuidado dental, nuestra relación es con ustedes, no su compañía de seguros. Mientras que la presentación de reclamaciones de seguros es una cortesía que damos a nuestros pacientes, todos los cargos son la responsabilidad de los servicios de fecha se proporcionan.

Si tiene alguna pregunta sobre la información anterior, o cualquier incertidumbre en cuanto a su cobertura de seguro, no dude en hacernos; Estamos aquí para ayudarle.

¿QUE ES FINANCIERAMENTE RESPONSABLE DE ESTE PROYECTO DE LEY? \_\_\_\_\_

Hoy pagare con:      EFFECTIVO       CHEQUE       TARJETA DE CREDITO

### POLÍTICA DE NO VENIR

La hora de su cita se ha reservada especialmente para usted. Pedimos de cortesía al doctor y con otros pacientes que mantenga sus citas programadas. **Si tiene que cambiar o faltar a una cita, le agradeceríamos un aviso de 24 horas. Cancelaciones repetidas o fracasos se traducirá a una carga cita rota de \$ 20.00.**

Comprendo y, de acuerdo (independientemente de mi estado seguro); Soy responsable en última instancia de el saldo de la cuenta para los servicios profesionales prestados. He leído y entendido la información anterior.

\_\_\_\_\_ **Iniciales de Padre o Tutor**

### Los Pacientes Consentimiento

Entiendo que tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información protegida de salud. Estos derechos se les da a mí bajo la Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento que le autoriza a usar y divulgar mi información médica protegida para llevar a cabo:

- El tratamiento posterior con la salud o proveedores de atención dental para completar los procedimientos dentales, tales como extracciones, obturaciones, etc ...
- El día a día las operaciones de atención médica de su práctica.

He sido informado de, y dado el derecho de revisar y obtener una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad, que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información protegida de salud y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que se reserva el derecho de modificar los términos de este aviso de vez en cuando y para que pueda contactar con usted en cualquier momento para obtener la copia más reciente de la notificación.

Entiendo que tengo el derecho de pedir restricciones en como mi información protegida de salud sea utilizada y divulgada para llevar a cabo tratamiento, pago y operaciones de atención médica, pero que no están obligados a aceptar estas restricciones solicitadas, sin embargo, cualquier uso o divulgación que se produjeron antes de la fecha de la revocación de este consentimiento no es afectada.

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor \_\_\_\_\_

Firma el Padre / Tutor \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



## AUTORIZACIÓN PARA TRATAR UN MENOR

Como el padre o tutor de \_\_\_\_\_ estoy legalmente capaz de tomar todas las decisiones médicas y dentales para el niño(a). Entiendo que al firmar este formulario, toda la responsabilidad de dar su consentimiento al tratamiento propuesto y realizado es mi decisión, y no es jurídicamente necesario consultar a nadie para autorizar el tratamiento.

Las siguientes son técnicas que utilizamos para generar la cooperación de su niño(a):

**Por Favor de poner sus iniciales al lado de cada técnica:**

\_\_\_\_\_ Demostrar lo que hacemos: Esta técnica demuestra lo que la dentista y su ayudante harán. Le darán una explicación del proceso de su tratamiento, y le permitirán mirar y tocar los instrumentos.

\_\_\_\_\_ Refuerzo positivo: Con esta técnica se usaran palabras positivas, y premios para mejorar el comportamiento del niño(a).

\_\_\_\_\_ El control de la voz: Usando varios tonos de voz se le indicara a su niño(a) como se esta comportando. Muchos niños(as) responden estos cambios de voz.

\_\_\_\_\_ Oxígeno Nitroso: Sedante de gas que mantiene consiente al niño(a) para reducir ansiedad.

Yo acepto lo que he leído y concedo mi permiso para que sean utilizadas las técnicas de administración de conducto que sean necesarias con mi niño(a). También comprendo que tengo el derecho de hacer cualquier pregunta, y que todas mis dudas y preguntas sean contestadas. Este permiso estará en vigencia hasta que yo lo retire por escrito.

\_\_\_\_\_ **Iniciales de Padre o Tutor**

## PERMISO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Su hijo ha sido, o serán examinados por nuestro dentista y pueden necesitar atención dental. Este formulario describe los posibles tratamientos dentales que su niño puede recibir. Por favor revise la descripción del tratamiento y de formular todas las preguntas antes de firmar este formulario. Cuando esta forma se ha firmado el niño puede ser tratado en nuestras instalaciones.

1. Empaste dental: se descomponen lentamente destruye la estructura del diente y si no es tratada, puede provocar un absceso dental que causa dolor e infección. El dentista quitará la parte cariada del diente y reemplazarlo con una plata o un relleno dental de resina de colores. Un anestésico local para adormecer la zona a tratar. El área estará adormecida durante 2-4 horas después del tratamiento.
2. Acero Inoxidable Corona: Si un diente está muy destruido por la caries, un relleno no se quedará en su lugar. Por lo tanto, un diente está preparado para una corona o un "cap" se puede colocar encima de él para evitar que el diente se rompa. Al igual que con un relleno, el área tratada se le dará un anestésico local y se anestesia durante 2-4 horas después del tratamiento.
3. El tratamiento del nervio o pulpa: Cuando la caries o una infección es tan grande que ha infectado el nervio del diente, el tejido nervioso debe ser retirado de los dientes. Un relleno especial será colocado en el interior del diente y será cubierto por una corona. Durante este tratamiento, el área será tratada con un anestésico local, de adormecer el área durante 2-4 horas después del tratamiento.
4. Extracción / eliminación de los dientes: Si una infección o caries se ha extendido demasiado lejos y el diente no es restaurable, el diente infectado deben ser retirados. Después de adormecer el área con anestesia local, se retira el diente y el área con gasa para controlar el sangrado. Instrucción adicional se le dará a usted a la cita del procedimiento.
5. Óxido nitroso: Si su hijo está muy nervioso por el tratamiento dental, el dentista puede decidir el uso de óxido nitroso o "gas hilarante" para ayudar a calmar al niño lo que el tratamiento dental se puede realizar de la manera más cómoda para su hijo.

Después de cualquier tratamiento dental si su hijo se queja de dolor, Tylenol puede dar para ayudar. Si usted piensa que se trata de una situación de emergencia puede comunicarse con el coordinador del programa, al 303-439-5961 o 303-552-7884 o lleve al niño a la sala de emergencia. Al firmar este formulario, usted está consintiendo que su niño puede ser tratado por el personal dental KIND. También se le confirma que entiende las descripciones de un tratamiento dental por encima y por todas sus preguntas han sido contestadas.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Firma el Padre / Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



**Acompañamiento Formulario de Autorización**

Al firmar este formulario, reconozco lo siguiente:

Este formulario de autorización permite a una persona que no sea yo para acompañar a mi hijo a su cita con el dentista.

Esta forma no es una autorización para realizar el tratamiento dental de mi hijo. Para llevar a cabo los servicios dentales de mi hijo, tengo que firmar un formulario de consentimiento que autoriza el plan de tratamiento de mi hijo.

Esta forma NO permita que la persona que acompañe a mi hijo a la cita con el dentista para consentir al tratamiento.

Voy a discutir lo siguiente con la persona que va a escoltar a mi hijo a la cita:

Él o ella deben mantenerse a lo largo de la cita con mi hijo.

Con el fin de proporcionar una atención segura y adecuada para mi hijo, voy a dar un número de teléfono dónde encontrarme debería necesitar el dentista consultas o en casos de emergencia.

Tendrá que pagar por los servicios en el momento en que se prestan los servicios.

Entiendo que la persona que acompaña mi hijo puede tener que tomar una decisión en relación con la modificación del comportamiento o el uso de óxido nitroso durante la cita con el dentista de mi hijo.

Yo, \_\_\_\_\_, doy permiso para que \_\_\_\_\_, o \_\_\_\_\_,  
(Padre o Tutor) (Nombre de acompañate(s)) (Nombre de acompañate(s))

Acompañe(n) a mi hijo(a) \_\_\_\_\_ a la clínica dental KIND para servicios  
clínicos. (Nombre de Paciente)

\_\_\_\_\_  
(Firma del Padre o Tutor) Fecha: \_\_\_\_\_

Número de teléfono en caso de emergencia \_\_\_\_\_