

Información Personal

Nombre: _____ Género: M F
 Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Seguro Social: _____-_____-_____
 Dirección: _____

Teléfono de Casa# _____ Teléfono de Trabajo # _____ Teléfono Móvil # _____
 Nombre de la Madre: _____ Nombre del Padre: _____
 Correo Electrónico: _____

Empleador y Seguro

Nombre: _____ Relación: _____
 Dirección: _____

Información del Seguro

Nombre de la Compañía de seguros: _____
 Fecha de Nacimiento: ___/___/___
 #de Seguro: _____



Datos Demográficos

Etnicidad: Blanco Asiático Hispano Negro/Afroamericano Otra _____

Historia Médica

¿El paciente tiene un médico primario? Yes No
 Nombre del Médico: _____ Teléfono de Médico #: _____
 Altura: _____ pies _____ pulgadas Peso: _____
 ¿Nombre de los hermanos?: _____
 ¿Quién vive con el niño? _____
 Historia de salud familiar: _____
 Cómo califica la salud de su niño/a: Excelente Buena Regular Mala
 ¿Ha temido cirugías o internaciones? _____
 ¿Tiene alergia a medica mentas o alimentos? _____
 ¿Sumo/a ha tenido? _____

- | | | | | |
|---|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problema de Hígado | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Hemophilia | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Problemas de los riñones | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Problemas pulmonarias | <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos | <input type="checkbox"/> Sickle Cell |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/ataques | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Latex Allergy | <input type="checkbox"/> Trastorno emocional | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Historia Dental

¿Fecha del último examen? _____
 ¿Le tomaron radiografías? ¿Por qué? _____
 ¿Ha tenido golpes en la cabeza, boca o dientes? _____
 ¿Si es así, por favor explique?: _____
 ¿Participa en deportes de contacto? _____
 ¿Si es así, en qué?: _____
 Tiene su hijo los malos hábitos? (se chupa el dedo, respira por la boca?) _____ ¿Qué tipo de agua toma? _____
 ¿cuántas veces al día hace su niño a cepillarse y usar hilo dental? _____
 ¿Qué pasta usa? _____
 ¿Qué le gusta comer? _____
 ¿Le tiene miedo al dentista? _____

Información General: He elegido solicitar atención dental completa de Center for Oral Health. Comprendo que es posible que la clínica no pueda cumplir con las necesidades de mi tratamiento y podría rechazarse mi solicitud de tratamiento en Center for Oral Health la Clínica Dental. Si rechazan mi solicitud de tratamiento, se me proporcionará una lista de clínicas dentales de bajo costo en el área. También comprendo que la atención dental la proporciona un equipo de estudiantes de odontología, profesores de odontología certificados y personal altamente capacitado. También reconozco que se me ha ofrecido a mí y/o a mis dependientes una copia de la “Hoja de información de materiales dentales”. Comprendo que puedo hacer preguntas respecto a los materiales que podrían emplearse en procedimientos dentales, como las amalgamas, la resina compuesta, la porcelana sellada a metal y aleaciones de oro y su aceptabilidad de acuerdo a las pautas de la American Dental Association. Además, reconozco que también he recibido una copia de la “Declaración de Derechos del Paciente” y de la “Notificaci

Estado de salud: si tengo cambios en mi estado de salud, cambios en los medicamentos que tomo, o internaciones hospitalarias recientes se lo informare al Centro de Salud Oral (COH). Si estoy tomando medicamentos para prevenir pérdida de huesos del tipo bifosfonatos (como Boniva, Fosamax, Actonel), se lo informare a mis dentistas ya que pueden causar muerte del hueso u osteonecrosis de la mandibular y ciertos tratamientos pueden aumentar el riesgo de estos efectos indeseados.

Registros dentales: Comprendo que el registro dental, las radiografías, fotografías, los modelos y cualquier otro medio de diagnóstico relacionado a mi tratamiento, son propiedad de Center for Oral Health Clínica Dental. Reconozco que tengo el derecho de inspeccionar estos registros y/o recibir una copia, o solicitar que se envíen a otro proveedor de atención médica. Para obtener una copia de mi registro, necesitare llenar y firmar un formulario para Divulgación de Información. Center for Oral Health puede cobrar una cuota administrativa razonable por este servicio. Center for Oral Health está autorizado a divulgar información de mis registros dentales a mi compañía de seguros para obtener el reembolso por tratamientos que se me proporcionaron.

Imágenes: Pueden tomarme fotos al comenzar el tratamiento para confirmar mi identidad cada vez que venga al dentista. Le doy el derecho a COH de usar imágenes visuales y/o audiovisuales captadas en la clínica para propósitos educacionales, promocionales, publicitarios, u otras razones legítimas relacionadas con COH. Concuerdo con que COH mantiene derechos de autor sobre tales imágenes y yo renuncio a todas las demandas de la violación de la intimidad o difamación _____ (iniciales)

Consentimiento: Autorizo la examinación, las radiografías, las pruebas de diagnóstico y el tratamiento para resolver SOLAMENTE esta emergencia dental. Reconozco que podría necesitar otros procedimientos, tratamiento adicional, y que se necesita un examen completo y radiografías para la evaluación y diagnóstico integrales de mis necesidades dentales. También acepto que todos los registros son propiedad del Center for Oral Health y que pueden usarse para propósitos educativos o en publicaciones científicas y que no tengo derecho a ninguna compensación económica.

Liberación: Comprendo que mi atención de salud dental no está bajo ninguna garantía, explícita o implícita. Además, acuerdo liberar, eximir de responsabilidad y renunciar a todos los reclamos, pérdidas y daños resultantes de o relacionados al tratamiento proporcionado por el estudiante de odontología, los profesores o el Center for Oral Health.

Mi firma a continuación indica que he leído y comprendo la información anterior y que acuerdo cumplir con los puntos anteriores, que soy el paciente, el padre o tutor del paciente con la autoridad para autorizar el tratamiento, o que estoy debidamente autorizado por el paciente como el agente general de éste para ejecutar los puntos anteriores y aceptar sus términos.

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Firma del paciente/padre o tutor

Nombre del padre/tutor, si corresponde _____

Firma del testigo (profesor o estudiante) _____