



### Información del paciente

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Nombre legal de Padre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Números telefónicos: Celular \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Contactos en caso de Emergencia (aparte de padres/Tutor Legal):

Nombre \_\_\_\_\_ Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Etnicidad: *Blanco Hispano/Latino Afroamericano Asiático Indio Americano Otro* \_\_\_\_\_

Ingresos: \$0-12,000 \$12,001-17,000 \$17,001-25,000 Más de \$25,000

¿Cuántos hijos menores de los 18 años viven con usted? \_\_\_\_\_

¿Podríamos tomar fotos de su hijo mientras esta en nuestra clínica y publicarlos en el mostrador? Sí No

### Historial Dental

¿Es esta la primera visita al dentista del paciente? No Si

¿Tiene dolor dental el paciente? No Si ¿Dónde tiene el dolor? \_\_\_\_\_

¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes? \_\_\_\_\_ ¿Uso de Hilo dental? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido alguna vez el paciente una visita desagradable al dentista? Sí No

### Consentimiento al tratamiento

Yo, \_\_\_\_\_, como el padre/tutor legal de \_\_\_\_\_ autorizo la ejecución de los servicios dentales para mi hijo. Este tratamiento puede consistir en radiografías dentales, diagnóstico, servicios preventivos incluyendo limpiezas y fluoruro, extracciones y restauraciones según lo prescrito por nuestros profesionales dentales acreditados. Entiendo que los dentistas la Clínica Dental usarán anestesia local cuando sea necesario para el tratamiento.

Yo doy consentimiento para que este niño pueda recibir servicios dentales proporcionados por la Clínica Dental y consentimiento de que sus dentistas y otros agentes / empleados puedan proveer a los empleados de la Clínica Dental y / o a organizaciones autorizadas toda la información concerniente al historial clínico del niño, examen dental, Las radiografías necesarias con respecto al examen dental y los resultados.

Doy consentimiento y autorizo a la Clínica Dental a presentar y cobrar cualquier pago de seguro a través del Plan de Salud de Oregón (OHP) para el reembolso de servicios dentales realizados.

Como padre / tutor legal de este niño he sido informado y entiendo los riesgos y beneficios del tratamiento dental que se puede realizar en nuestra Clínica Dental. También he sido informado de alternativas o riesgos si no doy mi consentimiento al tratamiento recomendado.

Nombre del padre o Tutor Legal impreso \_\_\_\_\_

FIRMADO Nombre del padre / Tutor Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MÉDICO

MÉDICO ACTUAL \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO \_\_\_\_\_

¿TOMA SU NIÑO MEDICAMENTOS ACTUALMENTE? SI NO

POR FAVOR ENUMERE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE SU NIÑO ESTÁ TOMANDO:

\_\_\_\_\_

¿TIENE SU HIJO ALERGIAS DE LAS QUE CONOZCA? SI NO

POR FAVOR LISTE LAS ALERGIAS CONOCIDAS:

\_\_\_\_\_

¿TIENE SU NIÑO CUALQUIER CONDICIÓN DE SALUD ACTUAL QUE DEBERÍAMOS SABER? SI NO

POR FAVOR EXPLIQUE CUALQUIER CONDICIÓN:

\_\_\_\_\_

PESO ACTUAL: \_\_\_\_\_

¿TIENE EL NIÑO CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES?: (marque con un círculo)

Anemia	Convulsiones	Sangrado excesivo	Alergia al látex	Problemas sinusales
Asma	Varicela	Desmayos	Enfermedad del hígado	Dolor de garganta
SIDA/VIH	Infecciones crónicas del oído	Problemas de audición	Sarampión	Problemas del estómago
Defectos congénitos	Infecciones crónicas oculares	Problemas cardíacos	Problemas de salud mental	Tuberculosis
Cáncer	Diabetes	Hepatitis	Paperas	Otros:
Parálisis Cerebral	Epilepsia/convulsiones	Enfermedad de riñón	Fiebre Reumática	_____

Para las mujeres/niñas, ¿Existe la posibilidad de que esté embarazada? SI NO

¿TIENE SU NIÑO CUALQUIER OTRO PROBLEMA MÉDICO QUE NECESITA EXPLICACIÓN ADICIONAL?  
SI / NO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

A lo mejor de mi conocimiento, toda la información que he proporcionado sobre el historial médico de los pacientes es verdadera.

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Al firmar el documento está permitiendo que el personal de la Clínica Dental del Club de Niños y Niñas de Albany le dé o reciba de otros proveedores de atención médica o agencias de niños los registros de salud dental de su hijo para brindarle el mejor cuidado posible a su hijo. Los registros pueden ser enviados a otro dentista, especialista dental u otro proveedor de atención médica que el personal de la Clínica Dental del club de Niños y Niñas de Albany recomiende que siga tratando a su hijo. La información también se puede compartir con una agencia con la cual su hijo está afiliado con fines de mantenimiento de registros.

NOMBRE DEL PACIENTE:

\_\_\_\_\_

Por la presente autorizo a la Clínica Dental de Niños y Niñas de Albany a recibir de o divulgar al proveedor o agencia de salud apropiada, los registros de mi hijo para facilitar sus necesidades de cuidado de salud y / o tratamientos.

IMPRESO Nombre del Padre / Tutor Legal:

\_\_\_\_\_

Firma del padre / Tutor legal:

\_\_\_\_\_

Por favor, escriba los proveedores u agencias que NO DESEA que se le envíen los registros de su hijo/a:

\_\_\_\_\_

## HIPAA

### RECONOCIMIENTO de RECIBO de NOTIFICACIÓN de PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

"Usted puede negarse a firmar este Reconocimiento"

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

Yo, (nombre del padre impreso / tutor legal) \_\_\_\_\_, he leído y/o recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la Clínica dental del club niños y niñas (HIPAA por sus siglas en Ingles).

Firma del padre / tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### POLÍTICA DE CITAS CLÍNICAS DENTALES

Somos una clínica con personal que sirven mayormente como voluntarios que están aquí para ayudar a mejorar la salud oral de los niños en nuestra comunidad que de otra manera no tendrían acceso a la atención necesaria. Nuestros voluntarios dan libremente de su tiempo y les gusta ser productivos cuando están en la clínica. Por esa razón, si llega con más de 15 minutos de retraso a su cita programada, nos reservamos el derecho de dar su hora de cita a otro niño en necesidad. Haremos todo lo posible para reprogramar la cita de su hijo de manera oportuna según la disponibilidad.

HE LEÍDO Y ENTENDIDO ESTA POLÍTICA:

Firma del padre / Tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_