

NIÑO DENTAL y MÉDICO HISTORIA

NOMBRE DEL PACIENTE _____

¡Bienvenido! Para poder profeerle el mejor cuidado posible, por favor complete ambos lados de este formulario de historial dental/médico.

Su hijo ha tenido las siguientes enfermedades o problemas? **Tuberculosis Activa** SÍ NO **Tos que produzca sangre** SÍ NO
SI SU RESPUESTA ES SÍ A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, POR FAVOR PARAR Y DEVOLVER ESTOS FORMULARIOS A LA RECEPCIONISTA.

¿Es la primera visita dental presente de su hijo?? SÍ NO

Si es NO, Fecha de la última visita dental _____ Última Limpieza Dental _____ Últimos Rayos X Serie Completa _____

¿Su hijo(a) ha tenido dificultad en consultas dentales anteriores?..... NO SÍ Si es así, por favor describa _____

¿Su hijo(a) ha utilizado alguna vez aparatos de ortodoncia?..... NO SÍ Si es así, por favor describa _____

¿Con qué frecuencia se lava los dientes su hijo(a)? _____ ¿Utiliza hilo dental? _____ ¿Usted le ayuda? SÍ NO

¿El agua que utiliza su hijo(a) es fluorizada? SÍ NO ¿Toma su hijo(a) suplementos de fluoruro? SÍ NO

¿Son dientes de su hijo...? SÍ NO SÍ NO SÍ NO

¿Sensible a caliente o fría? ¿ Sensible a dulces?..... ¿ Sensible a morder o masticar?

¿Tiene su hijo haga lo siguiente...? SÍ NO SÍ NO

¿Chuparse el dedo?..... ¿Masticar o morder las uñas?.....

¿Morder o chupar los labios o las mejillas?..... ¿El masticar objetos duros (i.e., lápices)?.....

¿Rechinar los dientes?..... ¿Apretar la mandíbula?.....

¿Respirar por la boca?..... ¿Biberón o chupete hábitos?.....

¿Los encías de su hijo duelen o sangran?..... SÍ NO

¿Su hijo tiene dolor o sensibilidad en la articulación de la mandíbula, oído, o del lado de la cara?..... SÍ NO

¿Su hijo tiene un problema de salud?..... SÍ NO

Si la repuesta es sí, por favor explique _____

¿ Es el niño bajo el cuidado de un médico? SÍ NO

Si la repuesta es sí, por favor explique _____

¿Está su hijo tomando algún medicamento?..... SÍ NO

Si la repuesta es sí, por favor explique _____

¿Su hijo ha tenido enfermedades graves, hospitalizaciones o cirugías?..... SÍ NO

Si la repuesta es sí, por favor explique _____

¿ Le ha dicho un médico que su hijo necesita antibióticos o medicamentos previos antes del tratamiento dental?..... SÍ NO

¿Su hijo tiene alguna alergia o reacciones adversas a cualquier medicamento u otra sustancia(s)?..... SÍ NO

Si la repuesta es sí, por favor explique _____

¿Son las vacunas de su hijo actuales? SÍ NO

Indique cuál de las siguientes a su hijo ha tenido o tiene en la actualidad. Marque "SÍ" o "NO" a cada elemento.

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
A.D.D./A.D.H.D.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes labial.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema pulmonar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.I.D.S./H.I.V. Positivo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesiones cardiacas congénitas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sarampión/paperas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mononucleosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia o convulsiones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos neurológicos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asperger o autismo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre del heno/alergia/urticaria.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atención psiquiátrica/psicológica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad sanguínea.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesiones en la cabeza.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática/Fiebre escarlata.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusión de sangre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema auditivo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia falciforme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presenta moretones con facilidad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía, enfermedad, ataque) al corazón ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema estomacal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer, tumores, quistes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo cardiaco.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tonsillitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parálisis cerebral.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A B C (CÍRCULO QUE UNO).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quimioterapia o Radioterapia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema/enfermedad renal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros (Si es sí, por favor haga una lista).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de pecho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Látex alergia o sensitivo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Entiendo que la información anterior es necesaria para proporcionarle a mi hijo(a) atención dental de forma segura y eficiente. He respondido a todas las preguntas a mi leal saber y entender. Si se necesitara más información, doy mi autorización para que se le pregunte a mi proveedor o agencia de atención médica correspondiente, quien puede revelarles dicha información. Notificaré al médico de cualquier cambio en la salud o medicamento de mi hijo(a).

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA/TUTOR

FECHA

FIRMA DEL DENTISTA (NON-EHR)

FECHA

FECHA DE REVISIÓN HISTORIA ____/____/____

FECHA DE REVISIÓN HISTORIA ____/____/____

FECHA DE REVISIÓN HISTORIA ____/____/____

PADRES: ¿Cualquier cambio en la salud de su hijo?

NO SÍ – Si la repuesta es sí, describa _____

DENTISTA: La historia del paciente revisado.

FIRMA DEL DENTISTA (NON-EHR) FECHA

PADRES: ¿Cualquier cambio en la salud de su hijo?

NO SÍ – Si la repuesta es sí, describa _____

DENTISTA: La historia del paciente revisado.

FIRMA DEL DENTISTA (NON-EHR) FECHA

PADRES: ¿Cualquier cambio en la salud de su hijo?

NO SÍ – Si la repuesta es sí, describa _____

DENTISTA: La historia del paciente revisado.

FIRMA DEL DENTISTA (NON-EHR) FECHA



AUTORIZACIÓN PARA AGENTE DE CONSENTIMIENTO PARA DENTAL TRATAMIENTO DE MENORES EN AUSENCIA DEL PADRE

Yo, _____, soy el padre, tutor legal o cuidador autorizado de _____.
NOMBRE COMPLETO DEL PADRE NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE

Por la presente, en mi ausencia en Access Dental/Blue Hills Dental, doy plena autorización para _____ to:
NOMBRE COMPLETO DEL AGENTE AUTORIZADO

- proporcionan transporte para mi niño a su / su cita con el dentista en Access Dental / Blue Hills Dental.
- firmar cualquier formulario de consentimiento que puede ser requerida por el dentista y / o Access Dental que son necesarios para hacer que cualquiera y todos los tratamientos necesarios para mi hijo.
- consentimiento para cualquier de rayos X, examen, anestesia, diagnóstico o tratamiento dental de mi hijo considere conveniente por un dentista o higienista y proporcionada por ese dentista o higienista o bajo supervisión que higienista del dentista o del.

En caso de una emergencia durante la cita, o mientras el niño está en Access Dental/Blue Hills propiedad Dental, dicho individuo tiene la autoridad para tomar decisiones en mi nombre.

Asumo toda la responsabilidad por cualquier error (s) de la acción u omisión que surge de las decisiones tomadas en mi nombre por el individuo antes mencionado.

Esta autorización se hace bajo el Código de Familia de California §6910.

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA/TUTOR

FECHA

FIRMA DE TESTIGO

FECHA