

KCDC Historia de Salud & Actualización

Requerido Anualmente

Nos esforzamos por hacer que cada visita de su hijo/a sea placentera y cómoda.



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Paciente ID# _____ Fecha: _____

Nombre de la niña/o: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____

Pronombre preferido: _____ Sexo: Hombre Mujer Otro: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Etnicidad: Hispano Asiático Blanco Afroamericano Armenio Otro: _____

Lista de hermano/as que asisten a la clínica: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIÁN

Nombre de Madre: _____ Nombre de Padre: _____

Metodo de Contacto Preferido: Casa Teléfono Móvil Trabajo Metodo de Contacto Preferido: Casa Teléfono Móvil Trabajo

Teléfono de casa: _____ Teléfono de casa: _____

Teléfono de movil: _____ Teléfono de movil: _____

Teléfono del trabajo: _____ Teléfono del trabajo: _____

Empleador: _____ Empleador: _____

Correo electrónico: _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Estado Civil: Solter Casada/o Divorcido Pareja Domestico Viuda/o

¿Con quien vive el niño/los niños? _____

Consentimiento secundario de un adulto: (es decir: abuela, abuelo, tía, hermano...) la persona a continuación puede acompañar a su hijo/a a citas futuras y darnos su consentimiento para discutir las necesidades de tratamiento.

Nombre: _____ Relación con el niño: _____ Número de teléfono: _____

Número de teléfono alternativo: _____ Quién es responsable para hacer citas? _____

Quién es financieramente responsable? _____ Denti-Cal/Medi-Cal# _____

Número total de personas en el hogar: _____

Ingreso total combinado del hogar: \$28,400 \$35,450 \$41,150 \$50,000 \$60,000 Otro:\$ _____

Transporte a la clinica: coche autobús Uber/Lyft a pie paseo en coche de un amigo Otro: _____

¿Cómo te refirieron a esta Clínica? _____

¿Cuál es la razón de su primera visita? _____

Certifico que las declaraciones hechas en este formulario son verdaderas a mi leal saber y entender y por la present autrizo a Kids' Community Dental Clinic a realizar cualquier investigación necesaria para confirmar esta información de ingresos. Además, reconozco que esta autocertificación puede estar sujeta a verificación adicional por parte de la Ciudad de Burbank y/o el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los EE. UU. (HUD), y yo/nosotros autorizamos dicha verificación y proporcionaremos documentos de respaldo si es necesario. Como padre o tutor, certifico que soy responsable de la salud de este niño. Entiendo que esta es una clinica sin fines de lucro operada por voluntarios y que los tiempos de espera pueden ser prolongados para satisfacer las necesidades de cada niño en particular.

Si no es un paciente de Medi-Cal, estos son los arreglos financieros:

Los pagos en efectivo, cheque y tarjeta de credito por \$30 se deben pagar en su totalidad en cada cita. Entiendo que si me comprometo con una cita y no puedo asistir, debo llamar para cancelar con 24 horas de anticipación o seré responsable de la tarifa de \$30.

Firma del Padre/Tutor

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Firma del Padre/Tutor

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Historial Confidencial de Salud y Odontología

Paciente ID # _____

La salud general de su hijo(a) así como los medicamentos que toma, podrían tener una interrelación importante con el cuidado dental que recibe su hijo(a). Responda cada una de las siguientes preguntas en su totalidad.

¿Es esta la primera visita de su hijo(a) al dentista?	__ si __ no	¿Su hijo(a) ha tenido dificultades con las visitas al dentista?	__ si __ no
¿Fecha de la última visita al dentista?	_____	¿Si tiene dolor, donde?	_____ __ si __ no
¿Últimas radiografías dentales?	_____	¿Alguna llaga o bulto en la boca?	__ si __ no
¿Estás viendo a una Ortodoncista?	__ si __ no	¿Dónde están las llagas:	_____
Nombre del Ortodoncista:	_____	¿Su hijo(a) toma suplementos de fluor?	__ si __ no
Número de teléfono del Ortodoncista:	_____	¿Su hijo(a) bebe agua del grifo?	__ si __ no
Dirección:	_____	¿Masticas objetos duros?(lapice, etc.)	__ si __ no
_____	_____	¿Rechinar los dientes? ¿Apretar las mandíbulas? TMJ?	__ si __ no
Médico del niño:	_____	¿Sensibilidad al calor, el frío y / o los dulces?	__ si __ no
Dirección:	_____	¿Chuparse el pulgar, el dedo, el labio, morderse el labio?	__ si __ no
_____	_____	¿Hinchazón de la cara?	__ si __ no
Número de teléfono del Médico:	_____	¿Mal aliento?	__ si __ no
¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes su hijo(a)?	1x día 2x día	3x día 1x semana nunca	
¿Con qué frecuencia usa hilo dental su hijo(a)?	1x día 2x día	3x día 1x semana nunca	

¿Su hijo/a ha tenido alguno de los siguientes:

¿Sangrado excesivo o anormal?	__ si __ no	¿Infecciones de oído? ¿Discapacidad auditiva?	__ si __ no
ADD? ADHD? Autismo?	__ si __ no	¿Desorden alimenticio?	__ si __ no
¿Anemia? ¿Ictericia?	__ si __ no	¿Mandíbula fracturada?	__ si __ no
¿Ansiedad? ¿Depresión?	__ si __ no	¿Defecto, enfermedad o soplo cardíaco?	__ si __ no
¿Artritis?	__ si __ no	¿Hepatitis?	__ si __ no
¿Asma? ¿Alergia?	__ si __ no	¿Presión arterial alta o accidente cerebrovascular?	__ si __ no
¿Problemas de los senos nasales?	__ si __ no	VIH / SIDA?	__ si __ no
¿Lesión cerebral o conmoción cerebral?	__ si __ no	¿Problemas pulmonares?	__ si __ no
¿Trastornos de la sangre?	__ si __ no	¿Trastorno nervioso, ansiedad o depresión?	__ si __ no
¿Hemofilia? ¿Leucemia?	__ si __ no	¿Trasplantes de órganos o daño de órganos?	__ si __ no
¿Anemia?	__ si __ no	¿Tos persistente o aclaramiento de garganta?	__ si __ no
¿Cáncer? Tumores	__ si __ no	¿Nacimiento prematuro? ¿Cuantas semanas? _____	__ si __ no
¿Tratamientos de quimioterapia o radiación?	__ si __ no	¿Fiebre reumática?	__ si __ no
¿Úlceras bucales o herpes labial?	__ si __ no	¿Enfermedad de la piel? ¿Urticaria o erupciones?	__ si __ no
¿Parálisis cerebral?	__ si __ no	¿Problemas de estómago, hígado o riñón?	__ si __ no
¿Defecto de nacimiento congénito?	__ si __ no	¿Enfermedad de tiroides?	__ si __ no
¿Está embarazada actualmente o cree	__ si __ no	¿Tratamiento para retrasos emocionales, mentales	__ si __ no
¿Diabetes?	__ si __ no	¿Tuberculosis?	__ si __ no
Discapacidades: ¿mentales, físicas o del desarrollo?	__ si __ no		

¿Hospitalizaciones / cirugías / enfermedades graves anteriores? __ si __ no

¿Su hijo/a ha recibido anestesia general? Si es así, enumere las complicaciones: __ si __ no

¿Su hijo está tomando medicamentos actualmente? Enumere todos los medicamentos: __ si __ no

¿Tiene inquietudes con respecto al cuidado dental de su hijo/a? Por favor explique: __ si __ no

¿Su hijo tiene antecedentes de alergias / sensibilidades / reacciones adversas a algún fármaco? __ si __ no

¿Su hijo/a tiene antecedentes de alergias a otras sustancias (látex, ambientales, etc.)? Por favor __ si __ no

¿Su hijo/a ha experimentado ataques, convulsiones o epilepsia? Por favor explique: __ si __ no

¿Historial de consumo de drogas, tabaquismo o vapeo? Por favor explique: __ si __ no

Explique cualquier problema médico que su hijo/a tenga actualmente o durante el año pasado:

¿Hay alguna otra inquietud relacionada con el historial de salud que le gustaría llamar nuestra atención?

Autorización y Liberación

A mi leal saber y entender, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo/a. Es mi responsabilidad informar al consultorio dental de cualquier cambio en el estado médico de mi hijo/a. También autorizo al personal dental a realizar los servicios dentales necesarios que mi hijo/a pueda necesitar. También autorizo al dentista a divulgar cualquier información, incluidos el diagnóstico y los registros de tratamiento o examen prestados a mi hijo/a durante el período de dicha atención, a terceros pagadores y / u otros profesionales de la salud. Soy responsable de la salud de este niño/a y de las decisiones relacionadas con su salud.

Firma del Padre / Tutor _____

Nombre en letra de imprenta _____

Fecha _____

Firma del Padre / Tutor _____

Nombre en letra de imprenta _____

Fecha _____