

ACTUALIZACIÓN DEL HISTORIAL MÉDICO

Todas las preguntas de este cuestionario son estrictamente confidenciales y serán parte del historial del paciente.
El historial médico debe ser actualizado durante cada visita dental.

Dirección Postal del Paciente: _____ Ciudad Estado Código Postal

¿Con quién vive el paciente? Ambos padres Madre Padre Otro: _____

Nombre del Padre/Madre/Guardián: _____

Número de Tel. de Casa: _____ Celular/Móvil: _____ Correo electrónico: _____

¿Número donde le gustaría recibir llamadas para confirmar citas? CASA CELULAR/MÓVIL

¿Quién acompaña al niño/a hoy? _____ Relación: Biológica Adoptado Guardián Niñera Otro
(Nombre)

¿Su niño(a) está bajo la custodia del estado? Sí No Si marco sí, número de contacto del trabajador social: _____

INDIQUE CAMBIOS EN LAS SIGUIENTES ÁREAS (MARQUE TODO LO QUE APLIQUE): <input type="checkbox"/> ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SEGURO/ASEGURANZA <input type="checkbox"/> DIRECCIÓN/TELÉFONO/CORREO ELEC. <input type="checkbox"/> CUSTODIA LEGAL <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS	Nombre del Paciente:	Nombre del Paciente:
	Fecha de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:
¿Tiene el paciente alguna CONDICIÓN MÉDICA? (Por ejemplo: ADHD, Asma, Autismo, Parálisis cerebral, Diabetes, Epilepsia, Alergias, etc.) Si marco SÍ, ¿qué condición tiene?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene el paciente alguna condición cardiaca (del CORAZÓN)? (Por ejemplo: Soplo del corazón, Defecto del corazón, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Necesita el paciente ANTIBIÓTICO antes de ser visto? Si marco SÍ, ¿se tomó el paciente el antibiótico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su hijo/a va a un especialista? Si marcó sí, por favor provea el nombre e información de contacto:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es el paciente ALÉRGICO al LATEX?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene el paciente ALGUNA ALERGIAS? (Por ejemplo: Animales, Comidas, Medicamentos, Níquel, etc.) Si marco SÍ, ¿qué alergias tiene?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Toma el paciente ALGÚN medicamento/vitamina? Si marco SÍ, ¿qué medicamentos/vitaminas toma? ¿Por qué toma el paciente este medicamento (para qué condición)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene Ud. o el paciente alguna PREOCUPACIÓN DENTAL? Si marcó SÍ, ¿qué preocupación tiene?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
AUTORIZACIÓN PARA HOY: Radiografías (si es necesario): <i>Esencial para diagnosticar caries y otras anomalías</i> Aplicación de fluoruro: <i>Para prevenir caries y fortalecer los dientes en su desarrollo</i>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Certifico que la información que he dado es correcta a lo mejor de mi conocimiento. La información será confidencial y es mi responsabilidad de informar a esta oficina de cambios en el estado médico del paciente. Autorizo que el personal dental realice todo el tratamiento dental necesario que el paciente pueda necesitar. Autorizo la liberación de toda la información necesaria para asegurar los beneficios de otro modo pagado a mí. Asigno directamente a Fishers Pediatric Dentistry todos los pagos de seguro de otro modo pagado a mí. Comprendo que soy responsable del pago total de la cuenta a pesar de mis beneficios dentales. En caso de defecto, yo acuerdo pagar todos los costos y los honorarios razonables asociados con la colección del saldo de cuenta, inclusive pero no limitado a gastos de colección de partidos terceros, gastos de la corte y de abogados. Reconozco que mis preguntas, si alguna, han sido contestadas a mi satisfacción. Yo no haré al dentista ni a ningún miembro del personal responsable de acción que tomen o que no tomen a causa de errores u omisiones que puedo haber hecho al completar este cuestionario. **Afirmo que mi firma representa mi acuerdo a todos los términos ya mencionados.**

Firma: _____ Fecha: _____

