

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.

INDIQUE CAMBIOS EN LAS SIGUIENTES ÁREAS (MARQUE TODO LO QUE APLIQUE):

ESTADO CIVIL SEGURO/ASEGURANZA DIRECCIÓN/TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO CUSTODIA LEGAL MEDICAMENTOS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Dirección Postal de los Pacientes: _____
Ciudad Estado Código Postal

¿Con quién viven los pacientes? Ambos padres Madre Padre Otro: _____

Nombre del Padre/Madre/Guardián: _____ Correo electrónico: _____

Número de celular principal para confirmar citas y comunicación: _____ # Secundario: _____

Entiendo que recibiré comunicación por mensaje de texto al número de teléfono móvil proporcionado acerca de recordatorios de citas, información de atención médica y asuntos financieros. Entiendo que mi proveedor de servicios móvil puede cobrarme tarifas de mensajes y datos. Dichos mensajes pueden ser generados por un sistema de mensajería automatizado y puedo optar por no participar en este servicio respondiendo STOP a cualquier mensaje.

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

¿Su niños(as) están bajo la custodia del estado? Sí No Si marco sí, número de contacto del trabajador social: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

A continuación hay una lista de maneras en que nuestra oficina puede contactarle. Por favor marque todos los que apliquen. Al marcar cada caja dará permiso a nuestra oficina para dejar un mensaje tan detallado como sea necesario.

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

Autorización del Paciente para el Uso y Divulgación de Información Médica Protegida

Yo autorizo a Fishers Pediatric Dentistry para que comparta cualquier información incluyendo diagnóstico e historial acerca del tratamiento ó exámenes brindados a mi(s) hijo(s) durante el periodo del cuidado dental a tercer partidos contribuyentes y/ó a otras oficinas de cuidado médico/dental. En el evento de mi ausencia las siguientes personas pueden traer a mi(s) hijo(s) a sus citas, así mismo tendrán acceso a la información médica y financiera.

Nombre: _____ Apellido: _____ Relación al paciente: _____ Número de teléfono: _____

Nombre: _____ Apellido: _____ Relación al paciente: _____ Número de teléfono: _____

Yo certifico que me ofrecieron una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de esta oficina: No Sí

POLITICA DE LA OFICINA / ACUERDO FINANCIERO

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.** Entiendo que la oficina opera en un **ciclo de facturación de 15 días**; el balance que aparece en mi factura requiere pagarse inmediatamente y estará atrasado si no lo pago para la fecha impresa en el estado de cuenta. A las cuentas atrasadas se le añadirán recargos de **\$10 a \$25** y serán enviadas a una agencia colectora de pagos si es necesario. 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: _____

ACTUALIZACIÓN DEL HISTORIAL MÉDICO

<p>Yo doy mi consentimiento a Fishers Pediatric Dentistry para proveer tratamiento a los pacientes mencionados arriba. Entiendo que puede haber riesgos al estar en la proximidad de los dentistas, pacientes y el personal y exoneraré e indemnizaré a la práctica contra cualquier reclamo y acción en el caso de que yo y/o los pacientes mencionados anteriormente se infecten con COVID-19 ó cualquier otra enfermedad infecciosa mientras se reciba tratamiento. Entiendo que debido a las incertidumbres de COVID-19, el número de pacientes que han estado en la oficina y la naturaleza de los procedimientos aquí, yo y/o mi(s) hijo(s) tienen un mayor riesgo de contraer el virus al estar en la oficina al recibir tratamiento. <input checked="" type="checkbox"/> SÍ</p>	Nombre del Paciente: Fecha de Nacimiento:	Nombre del Paciente: Fecha de Nacimiento:
¿Ha tenido el paciente alguno de los siguientes en los últimos 14 días? <input type="checkbox"/> Fiebre - temperatura por encima de 100.4°F <input type="checkbox"/> Tos seca <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Pérdida del sentido del gusto y olfato <input type="checkbox"/> Síntomas parecidos a la gripe <input type="checkbox"/> Ninguno	<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 <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 <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
¿Tiene el paciente alguna CONDICIÓN MÉDICA? <small>(Por ejemplo: ADHD, Asma, Autismo, Parálisis cerebral, Diabetes, Epilepsia, Alergias, etc.)</small> 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)? <small>(Por ejemplo: Soplo del corazón, Defecto del corazón, etc.)</small>	<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
¿Es el paciente ALÉRGICO A LAS NUECES DE ÁRBOL?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene el paciente ALGUNA ALERGIAS? <small>(Por ejemplo: Animales, Comidas, Medicamentos, Níquel, etc.)</small> 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

Firma: _____ **Fecha:** _____

ACTUALIZACIÓN DEL HISTORIAL MÉDICO

<p>Yo doy mi consentimiento a Fishers Pediatric Dentistry para proveer tratamiento a los pacientes mencionados arriba. Entiendo que puede haber riesgos al estar en la proximidad de los dentistas, pacientes y el personal y exoneraré e indemnizaré a la práctica contra cualquier reclamo y acción en el caso de que yo y/o los pacientes mencionados anteriormente se infecten con COVID-19 ó cualquier otra enfermedad infecciosa mientras se reciba tratamiento. Entiendo que debido a las incertidumbres de COVID-19, el número de pacientes que han estado en la oficina y la naturaleza de los procedimientos aquí, yo y/o mi(s) hijo(s) tienen un mayor riesgo de contraer el virus al estar en la oficina al recibir tratamiento. <input checked="" type="checkbox"/> SÍ</p>	Nombre del Paciente:	Nombre del Paciente:
	Fecha de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:
¿Ha tenido el paciente alguno de los siguientes en los últimos 14 días? <input type="checkbox"/> Fiebre - temperatura por encima de 100.4°F <input type="checkbox"/> Tos seca <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Pérdida del sentido del gusto y olfato <input type="checkbox"/> Síntomas parecidos a la gripe <input type="checkbox"/> Ninguno	<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 <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 <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
¿Tiene el paciente alguna CONDICIÓN MÉDICA? <small>(Por ejemplo: ADHD, Asma, Autismo, Parálisis cerebral, Diabetes, Epilepsia, Alergias, etc.)</small> 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 cardíaca (del CORAZÓN)? <small>(Por ejemplo: Soplo del corazón, Defecto del corazón, etc.)</small>	<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
¿Es el paciente ALÉRGICO A LAS NUECES DE ÁRBOL?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene el paciente ALGUNA ALERGIAS? <small>(Por ejemplo: Animales, Comidas, Medicamentos, Níquel, etc.)</small> 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

ACTUALIZACIÓN DEL HISTORIAL MÉDICO

<p>Yo doy mi consentimiento a Fishers Pediatric Dentistry para proveer tratamiento a los pacientes mencionados arriba. Entiendo que puede haber riesgos al estar en la proximidad de los dentistas, pacientes y el personal y exoneraré e indemnizaré a la práctica contra cualquier reclamo y acción en el caso de que yo y/o los pacientes mencionados anteriormente se infecten con COVID-19 ó cualquier otra enfermedad infecciosa mientras se reciba tratamiento. Entiendo que debido a las incertidumbres de COVID-19, el número de pacientes que han estado en la oficina y la naturaleza de los procedimientos aquí, yo y/o mi(s) hijo(s) tienen un mayor riesgo de contraer el virus al estar en la oficina al recibir tratamiento. <input checked="" type="checkbox"/> SÍ</p>	Nombre del Paciente: Fecha de Nacimiento:	Nombre del Paciente: Fecha de Nacimiento:
¿Ha tenido el paciente alguno de los siguientes en los últimos 14 días? <input type="checkbox"/> Fiebre - temperatura por encima de 100.4°F <input type="checkbox"/> Tos seca <input type="checkbox"/> Dolor de garganta <input type="checkbox"/> Pérdida del sentido del gusto y olfato <input type="checkbox"/> Síntomas parecidos a la gripe <input type="checkbox"/> Ninguno	<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 <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 <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
¿Tiene el paciente alguna CONDICIÓN MÉDICA? <small>(Por ejemplo: ADHD, Asma, Autismo, Parálisis cerebral, Diabetes, Epilepsia, Alergias, etc.)</small> 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)? <small>(Por ejemplo: Soplo del corazón, Defecto del corazón, etc.)</small>	<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
¿Es el paciente ALÉRGICO A LAS NUECES DE ÁRBOL?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene el paciente ALGUNA ALERGIAS? <small>(Por ejemplo: Animales, Comidas, Medicamentos, Níquel, etc.)</small> 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

Firma: _____ **Fecha:** _____