

## 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

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección Postal del Paciente: \_\_\_\_\_ Ciudad Estado Código Postal

¿Con quién vive el paciente?    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 niño(a) está 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:  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: \_\_\_\_\_

**EXAMEN GENERAL DE SALUD / HISTORIAL MÉDICO**

**¿Ha tenido el paciente alguno de los siguientes en los últimos 14 días?**

- Fiebre - temperatura por encima de 100.4°F     Tos seca     Dolor de garganta     Pérdida del sentido del gusto y olfato
- Síntomas parecidos a la gripe     Ninguno

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.  **Sí**

<b>CONDICIONES</b>	<b>¿Tiene el paciente alguna CONDICIÓN MÉDICA?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Por ejemplo: ADHD, Asma, Autismo, Parálisis cerebral, Diabetes, Epilepsia, Alergias, etc.)
	Si marco SÍ, ¿qué condición tiene?
	<b>¿Tiene el paciente alguna condición cardíaca (del CORAZÓN)?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Por ejemplo: Soplo del corazón, Defecto del corazón, etc.)
	Si marco SÍ, ¿qué condición tiene?
	<b>¿Necesita el paciente ANTIBIÓTICO antes de ser visto?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marco SÍ, ¿se tomó el paciente el antibiótico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>¿Su hijo/a va a un especialista?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó sí, por favor provea el nombre e información de contacto:	
<b>ALERGIAS</b>	<b>¿Es el paciente ALÉRGICO al LATEX?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<b>¿Es el paciente ALÉRGICO A LAS NUECES DE ÁRBOL?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<b>¿Tiene el paciente ALGUNA ALERGIA?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Por ejemplo: Animales, Comidas, Medicamentos, Níquel, etc.)
	Si marco SÍ, ¿qué alergias tiene?
<b>MEDICAMENTOS</b>	<b>¿Toma el paciente ALGÚN medicamento/vitamina?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Si marco SÍ, ¿qué medicamentos/vitaminas toma?
	¿Por qué toma el paciente este medicamento (para qué condición)?
<b>PREOCUPACIONES DENTALES</b>	<b>¿Tiene Ud. o el paciente alguna PREOCUPACIÓN DENTAL?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Si marcó SÍ, ¿qué preocupación tiene?
<b>AUTORIZACIÓN PARA HOY</b>	<b>Radiografías (si es necesario): Esencial para diagnosticar caries y otras anomalías</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<b>Aplicación de fluoruro: Para prevenir caries y fortalecer los dientes en su desarrollo</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_