

SBCHC HISTORIA MÉDICA CONFIDENCIAL

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Fecha de Hoy _____

I. Historia Médica

1. Nombre del Médico de su niño y el teléfono: _____
2. Fecha del último examen médico _____ Peso: _____ Altura _____
3. ¿Está el niño en buena salud? Si / No Si no, ¿por qué? _____
4. ¿Está el paciente bajo cuidado médico? Si / No Si ¿por qué? _____
5. ¿Están al día sus vacunas? Si / No
6. ¿Está el paciente tomando algún medicamento ahora? Incluyendo para Asma Si/No Si si, cual y porque? _____
7. ¿Tiene alergias (medicamentos, comidas, látex /caucho)? Si/No ¿a qué? _____
8. ¿Ha estado hospitalizado? Si/No ¿por qué y cuándo? _____
9. ¿Ha tenido alguna operación? Si/No ¿por qué y cuándo? _____
10. ¿Ha estado bajo Anestesia General? Si/No
11. ¿Hubo alguna complicación? Si/No Explique _____
12. ¿Nació el bebe de termino completo? Si/No , cuantas semanas de gestación? _____

II. ¿Ha tenido o tiene el paciente alguna de estas enfermedades? Esta información no será divulgada a no ser que usted lo autorice por escrito por el padre o guardián. (Marque Si o No)

SI/NO ADD/ADHD	SI/NO SIDA
SI/NO Anemia	SI/NO Hipoglicemia
SI/NO Artificiales/ Coyunturas	SI/NO Ictericia
SI/NO Asma	SI/NO Enfermedad de Riñón
SI/NO Autismo	SI/NO Enfermedad de Hígado
SI/NO Problemas de Conducta	SI/NO Enfermedad desorden mental/ depresión
SI/NO Enfermedades de la Sangre/Transfusión	SI/NO Desordenes nerviosos
SI/NO Cáncer	SI/NO Maternidad
SI/NO Fuegos ampollas de fiebre	SI/NO Tratamiento de Radiación
SI/NO Syndrome Congenito	SI/NO Problemas de Respiración
SI/NO Retrasos en el desarrollo incluyendo habla	SI/NO Fiebre Reumática
SI/NO Diabetes	SI/NO Reumatismo
SI/NO Desmayos/mareos	SI/NO Alergias estacionales
SI/NO Epilepsia/Convulsiones	SI/NO Sickle cell /falcifomes de celulas
SI/NO Tos frecuente	SI/NO Sinusitis
SI/NO Gastro-Intestinales/Problemas	SI/NO Enfermedad de la piel
SI/NO Glaucoma/enfermedad del ojo	SI/NO Ha fumado/ Historia de fumar/Vapear
SI/NO Crecimientos/tumores	SI/NO Tiroides
SI/NO Sordera	SI/NO Tuberculosis
SI/NO Enferm/ de Corazon/ murmor/Soplo	SI/NO Tumores
SI/NO Hepatitis	SI/NO Enf. Transmisión Sexual
SI/NO Hipertension	SI/NO Cualquier otro no listado

12. ¿Tiene el paciente otras enfermedades o problemas médicos que no figuran en este formulario? Si / No

13. Explique: _____

14. ¿Existe cualquier otro problema o condición que le gustaría discutir con el dentista en privado? Si/ No

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Fecha de Hoy _____

I. Historia Dental

1. ¿Es esta la primera cita del paciente? Si/ No Por favor indique el motivo de la visita:

2. ¿Fecha del último examen dental y radiografías dentales _____

3. ¿El paciente respondió bien a su dentista anterior? Si / No explique

4. ¿El paciente bebe agua de la llave o agua embotellada?

5. ¿El paciente bebe soda o jugo o otras bebidas azucaradas, regularmente? Si / NO

6. ¿El paciente come dulces azucarados a menudo? Si / No qué clase de snacks come a menudo _____

7. ¿Tienen los padres o guardianes su propio dentista? Si/ No

8. ¿Usted /o el paciente usa cigarrillos de Vapor? Si / No

9. ¿Usted/oel paciente use marihuana? Si/No?

II. Ha experimentado el paciente alguna de las siguientes?

Si / No ¿Ha perdido dientes/Muelas?

Si / No ¿Se chupa el dedo/ usa el chupon? ¿ hasta que edad ?

Si/ No ¿Respira por la boca, ronca, anginas inflamadas?

Si / No ¿Hábitos (Empuje de la lengua, se muerde la mejilla, o uñas)

Si/ No ¿Duerme con su biberón?

Si / No ¿Tiene problemas para hablar?

Si/No ¿Caries en los últimos 2 años?

Si / No ¿Dolor en la mandíbula, bruxismo, rechina los dientes?

10. ¿Con qué frecuencia el paciente se cepilla los dientes?

11. ¿Usa el paciente el hilo dental? Yes / No ¿con qué frecuencia?

Certifico que he leído y entendido este formulario, de acuerdo a mi conocimiento, he respondido a cada pregunta completamente y con precisión de alguna condición presente o anterior. Informaré al dentista de cualquier cambio de salud o medicamentos. Además, yo no haré al dentista o cualquier otro miembro de su personal, responsable de los errores u omisiones que yo pueda haber cometido al completar este formulario.

Firma del paciente (padre o tutor)

Fecha

Firma del dentista

Fecha

Nombre del Paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Fecha de Hoy _____

V. INFORMACIÓN ESTADÍSTICA

1. Es el jefe del hogar: Hombre Mujer

2. Está el jefe del hogar casado? SI NO

3.Cuál es la raza/ etnicidad del paciente ¿
(Por favor marque los que apliquen):

- | | |
|--|-------------------------|
| Indio Americano / Alaska | Asiático |
| Blanco/ Caucásico | Hispano/ Latino Negro |
| Negro/ Americano Africano | Hispano / Latino Blanco |
| Nativo de Hawái/Otras islas del Pacifico | |

4. Primera lengua que se habla en el hogar:

- | | | |
|----------|-------------|-----------|
| Inglés | Español | Cantonese |
| Mandarin | Vietnamease | Koreano |
| Otro | | |

5. Cuantos miembros de familia tiene en su hogar? (no incluya los que nos son de su familia inmediata)

Cuantos _____

8.16

EL	VL	L	M	
Less than \$17,250	\$17,250-\$28,750	\$28,751-46,050	\$46,051-61,400	Above \$61,400
Less than \$19,750	\$19,750-32,900	\$32,901-52,600	\$52,601-70,150	Above \$70,150
Less than \$22,200	\$22,200-37,000	\$37,001-59,200	\$59,201-78,950	Above \$78,950
Less than \$24,650	\$24,650-41,100	\$41,101-65,750	\$65,751-87,700	Above \$87,700
Less than \$26,650	\$26,650-44,400	\$44,401-71,000	\$87,701-94,700	Above \$94,700
Less than \$28,600	\$28,600-47,700	\$47,701-76,300	\$76,301-101,750	Above \$101,750
Less than \$30,600	\$30,600-50,950	\$50,951-81,550	\$81,551-108,750	Above \$108,750
Less than \$32,550	\$32,550-54,250	\$54,251-86,800	\$86,801-115,750	Above \$115,750

Nombre del paciente _____

Fecha de Nacimiento _____

Fecha de Hoy: _____

Autorizaciones del paciente:

Inicial _____ Yo autorizo al equipo dental de SBCHC para llevar a cabo cualquier servicio dental que el paciente pueda necesitar y al que yo o una persona autorizada ha accedido durante el diagnóstico y el tratamiento. Además, autorizo la toma de radiografías, y / u otros diagnósticos apropiados para una evaluación completa. Yo autorizo el uso de anestesia local cuando se considere necesario por el dentista que está haciendo el tratamiento.

Inicial _____ Yo e leído las reglas de la oficina y estoy de acuerdo con sus términos incluyendo el horario de horas y sus términos financieros.

Inicial _____ Yo autorizo la divulgación de cualquier información que sea necesaria para procesar mis beneficios dentales.

Comunicaciones del paciente:

Iniciales _____ Yo autorizo mensajes **de voz**: Entiendo que la clínica puede dejar mensajes breves en mi contestador / celular o el trabajo o con cualquier persona que conteste el teléfono a no ser que yo haya proporcionado a la practica con instrucciones alternativas de comunicación.

Por favor marque sus iniciales en las que apliquen a usted en relación con correo electrónico: El correo electrónico no cifrado no es una forma segura de comunicación. Sin embargo, puede dar su consentimiento para recibir correo electrónico no seguro de nosotros respecto a su tratamiento. Vamos a utilizar la cantidad mínima necesaria de información de salud en cualquier comunicación. Nuestro primer correo electrónico será para verificar su dirección de correo electrónico.

Yo acepto el riesgo de recibir información de correo electrónico no cifrado. Yo entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. Yo estoy de acuerdo en recibir recordatorios de citas via correo electrónico. Yo entiendo que solo se utilizara información mínima en estos recordatorios.

Por favor marque uno: Si ___ doy mi consentimiento No ___ doy mi consentimiento

Inicial _____ Teléfono celular: Estoy de acuerdo de que la clínica dental use mi teléfono celular para llamar o testear en referente a citas dentales, tratamiento, seguro o cuentas pendientes. Yo entiendo que puedo retirar mi autorización en cualquier momento.

Admisión del paciente:

Inicial _____ Yo reconozco que una copia del **Aviso de prácticas de privacidad** de esta práctica se ha puesto a mi disposición. Se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener al respecto.

Inicial _____ Yo reconozco que una copia de la **Hoja de Datos de Materiales Dentales** de esta práctica se ha puesto a mi disposición. Se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener al respecto.



Gracias por confiar en South Bay Children's Health Center (SBCHC), para el cuidado de la salud dental de su familia. SBCHC es una clínica dental, sin ánimo de lucro, que depende de **recaudación** de fondos y de pagos de los pacientes para proveer excelente cuidado dental a precios módicos. Es muy importante que usted este de acuerdo con las reglas de nuestra oficina para poder ofrecerle el mejor cuidado posible.

1. La oficina está abierta de lunes a jueves de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. Preferimos atender a todos nuestros pacientes con cita previa. En el caso de una emergencia, por favor llame a primera hora en la mañana la y haremos todo lo posible por atenderlo durante esedía.
2. Necesitamos verificación de ingresos si usted va a pagar cash o si está cubierto por Beach Cities Health District.
3. Usar fotografía o video no está permitido a no ser que usted pida permiso con el proveedor.
4. La participación de los padres en el cuarto de tratamiento cuando se hace la higiene oral es importante. Por nuestra experiencia, hay circunstancias en que se prefiere que los padres esperen en la sala de espera. Los niños establecen una relación con el doctor y sus asistentes y ellos pueden enfocarse en el tratamiento y comportamiento del niño/a.
5. Teléfonos celulares solo se pueden usar en el cuarto de tratamiento si se usan para escuchar música.
6. Preferimos atender a los niños pequeños en la mañana, porque ellos tienden a cooperar mejor temprano en el día. Citas al dentista son reconocidas por ley, como una excusa para estar ausente de la escuela, le podemos proveer los documentos necesarios para esta excusa.
7. Nuestra oficina requiere notificación con **24** horas de anticipación, en caso que necesite cancelar su cita. Si cancela sin **24** horas de antemano, le cobraremos **\$20.00**. Al avisaros con tiempo, nos da la oportunidad de ofrecerle a otro paciente su cita, y nos ayuda a mantener los costos moderados. Si **falta a dos** citas sin **cancelar** le pediremos que haga sus citas en otra oficina que mejor se acomode a su horario y que sea más conveniente para usted.
8. Por favor llegue a tiempo a sus citas. En SBCHC nos orgullecemos de atenderlo puntualmente. Si llega más de 10 minutos tarde, decidiremos si lo podemos atender o si le damos otra cita, y es posible que le cobremos \$20.00 por llegar tarde a la cita.
9. Por favor presente la información correcta sobre su seguro antes del tratamiento. Si no se verifica la cobertura de su seguro, tenemos el derecho de cobrarle por los servicios que recibió de acuerdo a nuestra guía de cobro y el listado de servicios. Es posible que le pidamos verificación sobre sus ingresos si no tiene seguro dental.
10. Por favor, avísenos inmediatamente si su niño (a) está enfermo(a).
11. Venga preparado para pagar su consulta el día del tratamiento si no tiene seguro dental.
12. SBCHC acepta los siguientes métodos de pago: efectivo, y la mayoría de las tarjetas de crédito/debito.
13. Pacientes menores de 18 años deben ser acompañados por un adulto en su primera cita. Una vez que el tratamiento haya sido aprobado, las otras citas pueden ser acompañadas por otro adulto autorizado. Niños que reciban tratamiento complejo y que sean menores de 12 años deben ser acompañados por un adulto en la sala de espera. Si el padre o guardián necesita irse durante el tratamiento, puede ser posible que el proveedor le posponga la cita.
14. Siendo una clínica dental sin ánimo de lucro, a veces tenemos dentistas y especialistas voluntarios. Tal vez no siempre vea al mismo proveedor, a no ser que usted lo pida específicamente. También utilizamos internos y externos.