



## Historia Medica /Autorización para Tratamiento

Please complete this form and sign as parent or guardian. This completed form and a reservation is needed to participate. Teeth R' Us Children's Dentistry is providing free, comprehensive dental care – including diagnostic exams. Further treatment might be required.

Fecha de su Cita: \_\_\_\_\_

Hora de su Cita: \_\_\_\_\_

**Esta sección debe ser completada por padres de familia o el guardián – información sobre su niño/a**

Nombre del Niño: Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial Segundo \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Facha de Nacimiento del Niño/a: \_\_\_\_\_ Sexo del Niño: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Dirección de Hogar \_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Celular/Móvil \_\_\_\_\_

**El niño es elegible para Medicaid:** \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ **Almuerzo Gratis y Reducido** Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Por Favor, marque todas las que se aplican a los niños.

La Cobertura de Medicaid:  Aetna Better Health  Home State  MO Care  IL Medicaid

Medicaid Numero DCN \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ **El Cumpleaños del Padre:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sexo del Padre: \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

**El estado civil:** \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Soltero \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_ Separado \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_

**El Niño Vive con:**  Marque aquí si es igual a arriba

Nombre: Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular/Móvil: \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia para el día de los servicios en la clínica, contacta a:**

Nombre: Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

*Doy autorización para que mi niño/a participe en el programa preventivo y de restauración dental conducido por el programa "Committee for Community Outreach and Access," conocido como Demos Una Sonrisa a Los Niños. En mi conocimiento, las preguntas sobre la historia medica en la pagina 2 han sido contestadas en forma correcta y precisa. Doy permiso a mi niño/a de recibir anestesia local (para adormecer los dientes), tratamiento dental, y ser fotografiado mientras este en la clínica, entendiendo que estas fotos pueden ser utilizadas en material educativo en el futuro. Nuestra clínica dental va a honrar los derechos de los pacientes en cuanto a la protección de su información médica con raras excepciones en las cuales se debe usar solo la información que sea necesaria para completar el tratamiento dental deseado.*

Nombre de Padre/Guardián (Impreso) \_\_\_\_\_

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

# Historia Médica

A pesar que el personal dental trata primariamente el área dentro o alrededor de la boca, su boca es parte de su cuerpo entero. Los problemas de salud que su niño/a pueda tener, o los medicamentos que su niño/a puede estar tomando, pueden tener una interrelación importante con el tratamiento dental que su niño/a reciba. Muchas gracias por contestar las siguientes preguntas.

- ¿Esta viendo su niño/a a un doctor en en el presente?  Si  No En Caso de Si, Explique\_\_\_\_\_
- ¿Ha sido su niño/a hospitalizado?  Si  No En Caso de Si, Explique\_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido su niño/a una operación mayor?  Si  No En Caso de Si, Explique\_\_\_\_\_
- ¿Se ha golpeado su niño/a el cuello o cabeza seriamente?  Si  No En Caso de Si, Explique\_\_\_\_\_
- ¿Esta tomando su niño/a medicamentos o pastillas?  Si  No En Caso de Si, Explique\_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## Tiene su niño/a alergia a los siguientes:

- Aspirina  Penicilina  Codeína  Acrílico  Metal  Látex  Anestésicos Locales
- Otro Por favor explique\_\_\_\_\_

## ¿Tiene, o ha tenido su niño/a alguna de las siguientes condiciones?

- |                                                  |                                                         |                                                |                                                            |                                                      |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SIDA/HIV Positivo       | <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho                 | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza Frec. | <input type="checkbox"/> Latidos irregulares               | <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlata            |
| <input type="checkbox"/> Anemia                  | <input type="checkbox"/> Tos/Erupciones debido a fiebre | <input type="checkbox"/> Herpes Genital        | <input type="checkbox"/> Problemas de Riñones              | <input type="checkbox"/> Herpes (zóster)             |
| <input type="checkbox"/> Angina                  | <input type="checkbox"/> Problemas de Corazón           | <input type="checkbox"/> Fiebre del Heno       | <input type="checkbox"/> Leucemia                          | <input type="checkbox"/> <b>Anemia drepanocítica</b> |
| <input type="checkbox"/> Corazón Artificial      | <input type="checkbox"/> Convulsiones                   | <input type="checkbox"/> Ataque Cardiacó       | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hígado              | <input type="checkbox"/> sinusitis                   |
| <input type="checkbox"/> Articulación Artificial | <input type="checkbox"/> Medicina de Cortisona          | <input type="checkbox"/> Soplo en el Corazón   | <input type="checkbox"/> Presión Baja                      | <input type="checkbox"/> Espina Bífida               |
| <input type="checkbox"/> Asma                    | <input type="checkbox"/> Diabetes                       | <input type="checkbox"/> Marcapasos de Corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Pulmones            | <input type="checkbox"/> Problemas Estomago          |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Sangre    | <input type="checkbox"/> Epilepsia                      | <input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos   | <input type="checkbox"/> <b>Válvula Mitral (problemas)</b> | <input type="checkbox"/> Derrame (cerebral)          |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre   | <input type="checkbox"/> Sangra Excesivamente           | <input type="checkbox"/> Hemofilia             | <input type="checkbox"/> Dolor en la Mandíbula             | <input type="checkbox"/> Hinchazón Manos/Pies        |
| <input type="checkbox"/> Problema Respiratorios  | <input type="checkbox"/> Sed Excesiva                   | <input type="checkbox"/> Hepatitis A           | <input type="checkbox"/> Problemas de Paratiroides         | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides      |
| <input type="checkbox"/> Moretes Frecuentes      | <input type="checkbox"/> Desmayos/mareos                | <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C       | <input type="checkbox"/> Cuidado Psiquiátrico              | <input type="checkbox"/> Tonsilitis                  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                  | <input type="checkbox"/> Tos frecuente                  | <input type="checkbox"/> Herpes                | <input type="checkbox"/> Tratamientos de Radiación         | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia           | <input type="checkbox"/> Diarrea Frecuente              | <input type="checkbox"/> Presión Alta          | <input type="checkbox"/> Pérdida de Peso (Reciente)        | <input type="checkbox"/> Tumores                     |
| <input type="checkbox"/> Ronchas o Erupciones    | <input type="checkbox"/> Diálisis Renal                 | <input type="checkbox"/> Ulceras               | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática                  | <input type="checkbox"/> Yellow Jaundice             |
| <input type="checkbox"/> Tubos en el Oído        | <input type="checkbox"/> Infección de Oído Recurrente   | <input type="checkbox"/> Pérdida Auditiva      |                                                            |                                                      |

¿Ha tenido su niño/a alguna condición médica seria no mencionada arriba?  Si  No En caso de si, explique\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En mi conocimiento, las preguntas en este documento de Historia Médica han sido contestadas de manera correcta. Yo entiendo que proveer información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi niño/a. Es mi responsabilidad informar a "Give Kids A Smile" (Demos Una Sonrisa a los Niños) de cualquier cambio al estado médico de mi niño/a.

Firma de Padre/Guardián \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_