

Ronald McDonald Care Mobile[®] of North Dakota

Formulario de Información al Paciente

Por favor llene este formulario completamente. Si tiene preguntas, por favor pida ayuda. ¡Gracias!

| | | | |
|--|--------|---|---------------|
| Nombre Legal del Paciente _____ | | Edad _____ | |
| Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA) _____ | | Numero de Seguro Social _____ - _____ - _____ | |
| Escuela _____ | | Grado _____ Género M F | |
| Etnia: ¿Cuál de estos grupos diría que representa mejor la raza de su hijo? <i>Blanco Afroamericano Asiatico Nativo Americano o Nativo de Alaska Hispano Latinoamericano</i> | | | |
| Dirección | | | |
| Calle/Apartado Postal | Ciudad | Estado | Código Postal |
| Números Teléfonos: Casa (____) _____ Trabajo (____) _____ Celular (____) _____ Nota: Las visitas dentales deben comenzar a la edad de 1 año. | | | |
| Nombre del Padre/Madre _____ | | | |
| Contacto para Emergencias | | | |
| Nombre _____ | | Relación al paciente _____ | |
| | | Numero telefono _____ | |
| Ingresos: ¿Cuál de estos representa mejor su ingreso familiar anual? <i>Menos que \$10,000 \$10,000-\$20,000 \$20,000-\$30,000 Más que \$30,000</i> | | | |
| Cuántos niños menores de 21 años viven en su hogar _____ | | | |

| Historia Dental | Sí | No | Por favor, explica |
|--|----|----|-------------------------|
| Es la primera visita del paciente? Sí no es, cuánto tiempo ha pasado desde que el paciente visitó por última vez a un dentista? | | | |
| Ha tenido el paciente alguna experiencia desagradable en un consultorio dental o médico? | | | describa la experiencia |
| El paciente lava sus dientes diario? | | | con que frecuencia |

| | | | |
|--|--|--|--|
| El paciente usa hilo dental diario? | | | con que frecuencia |
| ¿El paciente bebe refrescos u otras bebidas azucaradas diariamente (Kool-Aid, Gatorade, jugos) | | | cuantos toma cada día? |
| El paciente toma leche diario? | | | Cuantas veces en el día? |
| ¿El paciente ha visitado el hospital ER / hospital para el dolor dental en el último año? | | | Cuantas veces? |
| Antes de la Ronald McDonald Care Mobile buscó atención dental para el paciente? | | | Si "sí" donde? Clínica, Oficina Dental, Consultorio Médico, Sala de Urgencias, Enfermera de la Escuela, Ningún Cuidado, Otro: _____ |

Razones para la Visita: indicar lo qué aplica

- Primer examen
 - Accidente de los dientes
 - Examen de rutina
 - Dolor de dientes
 - Sangrado alrededor de los dientes
 - Apariencia de los dientes
 - Dolor en la boca / hinchazón de la cara
 - No podía pagar los servicios dentales
 - No podía obtener una cita en ningún otro lugar
 - Otro (especifique)
- _____

Historia de Salud

Dentista Actual _____ **Doctor Actual del Paciente** _____

| Historia de Salud | Sí | No | Por favor, explica |
|--|----|----|---------------------------------------|
| ¿El paciente tiene una condición médica actual? | | | |
| ¿Está tomando el paciente algún medicamento? | | | Si "sí" Lista de medicamentos y dosis |
| ¿Alguna vez el paciente ha sido hospitalizado o ha tenido cirugía? | | | Si "sí" lista razones y cirugías |

| | | | |
|--|--|--|---|
| ¿Tiene el paciente alguna alergia? | | | Si "sí" lista las alergias |
| ¿Tiene el paciente alguna necesidad especial que requeriría arreglos especiales para el cuidado dental? (por ejemplo, autismo, etc.) | | | si "sí" describe necesidades especiales |
| ¿Está embarazada o existe un chance de estar embarazada? | | | Si "sí" ¿cuántos meses? |

¿Tiene el paciente antecedentes o dificultades con los siguientes Síntomas (indicar todo lo que corresponda)

| | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alergia al látex | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Desvanecimiento | <input type="checkbox"/> mononucleosis |
| <input type="checkbox"/> Alergia anestésica | <input type="checkbox"/> infecciones crónicas del oído | <input type="checkbox"/> Problemas de audición | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> SIDA / VIH | <input type="checkbox"/> Herpes labial | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | <input type="checkbox"/> problemas respiratorios |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Problemas sinusales |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la vejiga | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta |
| <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento | <input type="checkbox"/> Trastornos alimenticios | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Epilepsia / convulsiones | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Trastornos estomacales / intestinales |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Por favor explique "sí" respuestas:

¿Hay algo más sobre su salud que debemos saber?

| Historia del Comportamiento | Sí | No | Por favor, explicar |
|---|-----------|-----------|----------------------------|
| ¿Usa el paciente productos de tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar)? | | | |
| ¿Alguien fuma en el hogar? | | | |
| ¿El paciente usa alcohol y / o drogas? | | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| ¿Ha notado cambios importantes en el comportamiento del paciente, la abstinencia, la ansiedad, los grados, los estados de ánimo, las amistades o las actividades? | | | |
|---|--|--|--|

Seguro: Marque con un círculo lo que corresponda. Si es Medicaid o seguro dental privado, por favor indique el número de Medicaid o el número de póliza en el espacio provisto y proporcione una copia de su tarjeta de seguro dental.

| | | |
|-------------------------------------|--|---------------------|
| Medicaid/SCHIP | Seguro Privado DENTAL Por favor incluye una copia de la tarjeta | Ninguno |
| Num de medicad/Num de Póliza _____ | | |
| Nombre de su seguro Dental _____ | | Num de Póliza _____ |
| Num de Grupo _____ | Num Telefono de su Seguro Dental _____ | |
| Dirección de su seguro Dental _____ | | |



Firma del Padre o Responsable Legal _____ **Fecha** _____

Ronald McDonald Care Mobile[®] of North Dakota

Tratamiento Formulario de Permiso y Acuerdo

El tratamiento puede consistir en radiografías dentales, diagnóstico, aplicación tópica de fluoruro y otras medidas preventivas, así como restauraciones (extracciones), extracciones y mantenimiento de espacio según lo recomendado por el personal de Ronald McDonald Care Mobile. Entiendo que los dentistas de Ronald McDonald Care Mobile usarán tratamiento restaurativo y manejo del comportamiento que sea razonable y necesario.

Yo, _____, como el responsable legal de _____
(Nombre de padre o responsable) (Nombre de niño)
doy mi permiso para los servicios dentales que he autorizado a continuación



He marcado la casilla junto a cada tipo de servicio para el que estoy concediendo autorización. Cada artículo necesita ser contestado para recibir cuidado dental.

| Sí | No | |
|----|----|--|
| | | Examen dental, incluyendo radiografías dentales. |
| | | Servicios preventivos: limpieza de dientes, instrucción de higiene bucal, selladores, tratamiento con fluoruro. |
| | | Servicios Restaurativos: rellenos, coronas de acero inoxidable, pulpotomía. La anestesia se utiliza para estos procedimientos. |
| | | Extracción de los dientes primarios: Remoción de los dientes primarios (bebé) que no pueden ser restaurados a través de otros tratamientos. Se puede usar anestesia para este procedimiento. |
| | | Extracción de dientes permanentes: Remoción de dientes permanentes que no pueden ser restaurados a través de otros tratamientos. La anestesia se utiliza para este procedimiento. |

Entiendo que la anestesia local y el óxido nitroso pueden ser utilizados según lo estimado apropiado por los dentistas de Ronald McDonald Care Mobile en la realización de los tratamientos recomendados. Entiendo que puede haber riesgos involucrados con el tratamiento dental.

Yo doy permiso que mi niño _____, quien es menor de 18 años, puede recibir los servicios dentales proveídos por Ronald McDonald Care Mobile, y el consentimiento de que sus dentistas y otros agentes y empleados puedan suministrar a los empleados de Care Mobile (y / o organizaciones autorizadas) toda la información relativa al historial clínico del

niño, exámenes dentales, informes escritos (y cualquier fotografía que los acompañe) resultados de examen. Una organización autorizada es una aprobada por Ronald McDonald Care Mobile y la reducción de la brecha dental.

Consiento y autorizo a Ronald McDonald Care Mobile a presentar y cobrar el reembolso de Medicaid / SCHIP de Dakota del Norte por los servicios dentales proporcionados. También certifico que entiendo y estoy de acuerdo con las condiciones descritas arriba.

| | | | |
|---|--|----|----|
|  | ¿Es actualmente el responsable legal de este niño? | SÍ | NO |
| | ¿Puede firmar para recibir tratamiento médico? | SÍ | NO |

Nombre del responsable legal _____

Relación con el niño _____

 Firma _____ Fecha _____

Ronald McDonald
Care Mobile[®]
of North Dakota

HIPAA
Reconocimiento del Recibo y Aviso de Prácticas de Privacidad

Nombre del Paciente _____

Yo, _____ he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad

 Firma del Padre o Responsable Legal _____ Fecha _____

Nota: Esta autorización es válida por seis años a partir de la fecha de la firma, a menos que sea revocada por escrito antes de esa fecha. Esta autorización puede ser revocada por escrito a: Ronald McDonald Care Mobile de North Dakota, PO Box 7323, Bismarck, ND 58507

Autorización para Divulgar Información Protegida de su Salud

Al firmar este documento, está permitiendo que el personal de Ronald McDonald Care Mobile entregue o reciba los registros de atención médica de su hijo a otros proveedores de atención médica o agencias de niños para brindarle la mejor atención a su hijo. Los registros pueden ser enviados a otro dentista, especialista dental u otro proveedor de atención médica que el personal de Care Mobile recomiende tratar más a su hijo. La información también puede ser compartida con una agencia a la cual su hijo está afiliado (como escuela, Head Start, etc.) para fines de mantenimiento de registros.

Nombre del Paciente _____ Num de Seguro Social _____ - _____ - _____

Por la presente autorizo:

Ronald McDonald Care Mobile of North Dakota
PO Box 7323, Bismarck, ND 58507
Telefono: 701.258.8551

para recibir o entregar al proveedor o agencia de cuidado de salud apropiado, los registros de mi hijo / a para facilitar sus necesidades y / o tratamientos de atención de salud.

Nombre del Padre o Responsable legal _____

 Firma del Padre o Responsable Legal _____ Fecha _____

Si hay proveedores o agencias que NO desea que los registros de su hijo sean liberados o recibidos, por favor, haga una lista aquí:

Consentimiento y Uso de Fotos

Consiento el uso de imágenes, videos o grabaciones de audio de mí mismo o de mi hijo para la promoción del programa, incluyendo la promoción impresa, de audio, video y web. También estoy de acuerdo en que cualquier escritura u otro material relacionado con Ronald McDonald Care Mobile de Dakota del Norte (incluyendo cualquier correspondencia de nuestra familia a Ronald McDonald House Charities® de Bismarck) puede ser utilizado en materiales promocionales.



Firma del Padre o Responsable Legal _____ Fecha _____

Ronald McDonald Care Mobile (RMCM) es posible gracias a una donación de Ronald McDonald House Charities, Inc., (RMHC, Inc.), una corporación sin fines de lucro, exenta de impuestos. RMHC, Inc. no tiene ninguna responsabilidad u obligación por el funcionamiento de este RMCM o cualquiera de las actividades médicas o dentales realizadas en el RMCM