



Clínica Dental Móvil
Formulario de Historial Médico/Dental

Adulto

Nombre del Paciente: _____ Apellido del Paciente: _____ Sufijo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Masculino: ☐ Hembra: ☐

() - IL

Número de Teléfono _____ Dirección de la Casa (incluya el número de unidad/apartamento si corresponde) _____ Ciudad _____ Código postal _____

Nombre del Seguro Dental _____ Número de Identificación de Miembro _____ Dirección de Correo Electrónico de la Parte Responsable _____

Nombre del Médico de Familia: _____ Teléfono del Médico: _____

1. ¿El paciente está siendo tratado por un médico? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Este paciente ha tenido alguna enfermedad grave, cirugías o ha sido hospitalizado? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, por favor explain _____
3. Por favor, enumere cualquier medicamento y la dosis que está tomando este paciente: _____
4. Alergias: ☐ Ninguno ☐ Penicilina ☐ Sulfa ☐ Látex ☐ Codeína ☐ Anestesia local
☐ Otros antibióticos _____ ☐ Alimentos, saborizantes, colorantes artificiales ☐ Otro _____
5. ¿El médico/dentista de este paciente alguna vez le ha recetado antibióticos antes de una cita con el dentista? ☐ Sí ☐ No
6. ¿Este paciente está discapacitado? ☐ No ☐ Sí En caso afirmativo, describa: _____
7. ¿Alguna vez este paciente ha tenido antecedentes de lo siguiente? En caso afirmativo, verifique el espacio apropiado.
Si no, consulte aquí ☐

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Enfermedad autoinmune | ☐ Reemplazo de válvula cardíaca o prolapso de la válvula mitral | ☐ HIV |
| ☐ Anemia | ☐ Soplo cardíaco | ☐ Trastornos psiquiátricos |
| ☐ Asma | ☐ Enfermedad renal o hepática | ☐ Diabetes |
| ☐ Trastornos hemorrágicos | ☐ Enfermedad pulmonar / Bronquitis | ☐ Tuberculosis |
| ☐ Enfermedad infantil | ☐ Convulsiones / Epilepsia / Desmayos | |
| ☐ (Paperas, sarampión) | ☐ Otro: _____ | |

8. ¿Alguna vez este paciente ha tenido una lesión en la cabeza, la cara o la mandíbula? ☐ No ☐ Sí; Explicar _____
9. ¿Cuál es la fuente de agua potable para este paciente? Por favor, compruebe el espacio correspondiente.
☐ Agua de la ciudad ☐ Agua de pozo ☐ Agua embotellada ☐ Agua filtrada ☐ Inseguro
10. ¿Es esta la primera visita al dentista para este paciente? ☐ Sí ☐ No
11. ¿Este paciente experimenta alguno de los siguientes: ☐ Dolor/Malestar ☐ Hinchazón ☐ ¿Dolor de muelas?
12. ¿Cómo se siente este paciente acerca de ir a un dentista? Por favor, marque uno: ☐ Asustado ☐ Nervioso ☐ Muy bien

SOLO para mujeres:

¿Estás embarazada? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, ¿en qué mes debe pagar? _____ ¿Estás amamantando? ☐ Sí ☐ No

Certifico que he leído y entendido las preguntas anteriores. A mi leal saber y entender, la información anterior es correcta y precisa. No responsabilizaré a Helping Hands Dental Services, a los dentistas tratantes ni a ningún miembro del personal dental por ningún error u omisión que pueda haber cometido al completar este formulario. Entiendo que es mi responsabilidad informar a mi dentista cuando haya un cambio en mi condición médica o cuando haya un cambio en las respuestas a cualquiera de las preguntas anteriores. Una copia de nuestra Política de privacidad está disponible a pedido.

Escriba el Nombre _____ La Firma del Paciente/Responsable _____

Relación con el Paciente _____ Fecha _____

Formulario de Consentimiento, Liberación de Responsabilidad y Autorización de Odontología Móvil

Nombre del Paciente:

Apellido del Paciente:

Sufijo:

____/____/____
Fecha de Nacimiento:

Entiendo que en consideración a mi tratamiento en la Clínica Móvil de Odontología, y como lo demuestra mi firma a continuación, por la presente libero y eximo de responsabilidad a Helping Hands Dental Services, sus departamentos, incluido el Departamento de Salud Pública, y sus empleados, funcionarios, voluntarios, agentes y representantes de cualquier responsabilidad que pueda acumularse para mí, por todas y cada una de las pérdidas, lesiones, daños, tanto conocidos como desconocidos, previstos e imprevistos, que surjan en relación con mi tratamiento en la Clínica Móvil de Odontología, ya sea que dichas pérdidas, lesiones, daños o responsabilidades resulten en su totalidad o en parte de la negligencia de Helping Hands Dental Services, sus departamentos, incluido el Departamento de Salud Pública, sus empleados, funcionarios, contratistas, voluntarios, agentes o representantes.

Además, entiendo que, como lo demuestra mi firma a continuación, reconozco que un dentista con licencia que brinda atención, tratamiento, diagnóstico o asesoramiento médico o dental sin cargo en nombre de Helping Hands Dental Services no es responsable de los daños civiles que resulten de sus actos u omisiones en la prestación de dicha atención médica o dental, tratamiento, diagnóstico o asesoramiento bajo la Clínica Móvil de Odontología, excepto por mala conducta intencional o gratuita. Este formulario de consentimiento firmado es válido durante 365 días a partir de la fecha de su firma.

Doy mi consentimiento para el tratamiento en la Clínica Dental Móvil, que incluye un examen / examen dental. Autorizo al proveedor dental a usar mi número de Medicaid, Medicare y seguro dental privado solo para fines de facturación. Entiendo que si no firmo este Formulario de Consentimiento Dental y Liberación de Responsabilidad, no recibiré ningún servicio bajo este programa.

Firma del Padre/Tutor _____

Fecha _____

Autorización de Odontología Móvil - HIPPA

Al firmar a continuación, entiendo que estoy dando mi autorización al proveedor dental para usar y / o divulgar mi información médica protegida, a las siguientes personas u organizaciones para fines de informes, documentación de tendencias de salud bucal y facturación de Medicaid: Departamento de Atención Médica y Servicios Familiares de la Ciudad de Illinois, 201 So. Grand Avenue East, Springfield, IL, 62763; Departamento de Salud Pública de Illinois - División de Salud Bucal, 535 W. Jefferson Street, 2nd Floor, Springfield, IL, 62761, y Sociedad de Bienestar Infantil de Chicago (IWS), 3600 W Fullerton Ave, Chicago, Clínica de Bienestar Infantil Oak Park-River Forest, 320 Lake Street, Oak Park, IL 60302.

Helping Hands Dental Services no puede condicionar el tratamiento, el pago o la elegibilidad para los beneficios a esta autorización o a mi negativa a firmar dicha autorización. Esta autorización es voluntaria y puedo negarme a firmarla. Entiendo que existe la posibilidad de que la información divulgada de conformidad con esta autorización esté sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no esté protegida por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPPA) y las regulaciones federales de privacidad. Puedo revocar esta Autorización por escrito enviando un aviso al Oficial de Privacidad de HIPAA, Helping Hands Dental Services, 2447 W. 79th Street, Chicago, IL 60652. La revocación no es efectiva con respecto a las acciones tomadas antes de la revocación. Esta autorización es válida por 365 días a partir de la fecha en que se firma.

Firma del Paciente/Parte Responsable _____

Fecha _____