



Clínica Dental Móvil
Formulario de Historial Médico/Dental
Niños (0 – 18 años)

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

(_____) _____ - _____ 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 antecedentes de los siguientes hábitos orales?
☐ Chupete ☐ Respiración bucal ☐ Rechina/aprieta los dientes ☐ Chuparse el pulgar/dedo ☐ Morderse las uñas
9. ¿Alguna vez este paciente ha tenido una lesión en la cabeza, la cara o la mandíbula? ☐ No ☐ Sí; Explicar _____
10. ¿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
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 al dentista de mi hijo cuando hay un cambio en la condición médica de mi hijo, o cuando hay 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 Padre/Tutor** _____

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:

Como padre/tutor del estudiante mencionado anteriormente, entiendo que los dentistas con licencia vendrán a las instalaciones de mi hijo/pupilo en un futuro cercano para proporcionar un EXAMEN DENTAL / EVALUACIÓN y, según sea necesario, una LIMPIEZA DENTAL, TRATAMIENTO CON FLÚOR y SELLADOR DENTAL (S) sin costo para los estudiantes o sus familias en la instalación. Los selladores dentales, además del cepillado regular y el uso de hilo dental, protegen los dientes de su hijo / pupilo de la CARIES. Los selladores dentales son recubrimientos plásticos delgados que se colocan en la parte superior de los dientes posteriores para SELLAR los alimentos y los gérmenes. Los selladores se aplican en los dientes que parecen no cariados y no duelen. LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NO INCLUYEN PERFORACIÓN NI DISPAROS.

Entiendo que, en consideración a la participación de mi hijo/pupilo en el PROGRAMA, 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 o para mi hijo/pupilo. por todas y cada una de las pérdidas, lesiones, daños a mí o a mi hijo/pupilo, tanto conocidos como desconocidos, previstos e imprevistos, que surjan en relación con la participación de mi hijo/pupilo en el PROGRAMA, 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 el Programa, excepto por mala conducta intencional o gratuita. Este formulario de consentimiento firmado es válido por 365 días a partir de la fecha en que lo firma el padre o tutor del niño/pupilo.

Como padre o tutor del niño o pupilo mencionado anteriormente, doy mi consentimiento para que mi hijo o pupilo participe en la Clínica Dental Móvil, que incluye un examen / examen dental y, según sea necesario, una limpieza dental, tratamiento con flúor y selladores dentales y la recepción de exámenes de control de calidad. Autorizo al proveedor dental a usar el número de Medicaid, ALL KIDS y seguro dental privado de mi hijo o pupilo solo para fines de facturación. Entiendo que si no firmo este Formulario de consentimiento dental y Liberación de responsabilidad, mi hijo o pupilo no recibirá 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 la información de salud protegida de mi hijo / pupilo, 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 es firmada por el padre o tutor del niño/pupilo.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____