

Información Médica Haga el favor de marcar su respuesta con una (X) para indicar si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas.

(Marque NS si usted No Sabe la respuesta a esta pregunta)		Sí	No	NS	Sí	No	NS			
Usa lentes de contacto?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa sustancias reguladas (drogas)?.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Articulaciones Artificiales. Ha tenido algún reemplazo ortopédico total de una articulación (cadera, rodilla, codo, dedo)?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usa tabaco (fumado, aspirado/rapé, masticado, en bidis)?.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fecha: _____ Si es así, ha tenido alguna complicación?.....					Si es así, le interesaría dejar de hacerlo? Marque con un círculo: MUCHO / ALGO / NO ME INTERESA					
Está tomando o tiene que empezar a tomar un agente antirresortivo (como Fosamax®, Actonel®, Atelvia, Boniva®, Reclast, Prolia) debido a osteoporosis o a enfermedad de Paget?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bebe bebidas alcohólicas?.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desde el año 2001, ha sido tratado/a o está actualmente en lista para comenzar tratamiento con un agente antirresortivo (como Aredia®, Zometa®, XGEVA) para dolor óseo, hipercalcemia o complicaciones esqueléticas derivadas de la enfermedad de Paget, mieloma múltiple o cáncer metastásico?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, cuánto alcohol bebió en las últimas 24 horas?.....					
Fecha del comienzo del Tratamiento: _____					Si es así, cuánto bebe por lo general en una semana?.....					
Alergias. Es usted alérgico -- o ha tenido alguna reacción -- a:		Sí	No	NS	SÓLO MUJERES Está usted:					
En todas las respuestas afirmativas , especifique el tipo de reacción.					Embarazada?.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anestésicos locales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Número de semanas:.....						
Aspirina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tomando píldoras anticonceptivas o de sustitución hormonal?.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Penicilina u otros antibióticos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Amamantando?.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Barbituratos, sedativos o pastillas para dormir.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Sulfas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Codeína u otros narcóticos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

		Sí	No	NS				Sí	No	NS
Metales.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Látex (goma).....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yodo.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polen (fiebre del heno)/estacional.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Animales.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alimentos.....			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor marque con una (X) su respuesta para indicar si usted ha tenido o no ha tenido algunas de estas enfermedades o problemas.

		Sí	No	NS			Sí	No	NS			Sí	No	NS					
Válvula cardíaca artificial (prótesis).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad autoinmune.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Previa endocarditis infecciosa.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis reumatoidea.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Válvulas dañadas en corazón transplantado.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus eritematoso sistémico.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Enfermedad cardíaca congénita (ECC)					Asma.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos o ataques epilépticos.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
ECC cianótica, sin reparar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bronquitis.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones neurológicas.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Reparada en los últimos 6 meses (completamente).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, especifique:.....									
ECC reparada con defectos residuales.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinusitis.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones del sueño.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
<i>Aparte de las condiciones en la lista de arriba, ya no se recomienda realizar una profilaxis antibiótica para ninguna otra forma de ECC.</i>					Tuberculosis.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usted ronca?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Sí		No	NS	Sí		No	NS	Sí		No	NS	Sí		No	NS				
Enfermedad cardiovascular.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer/Quimioterapia/Radioterapia.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infecciones recurrentes.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Angina.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de pecho por esfuerzo.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tipo de infección:.....					
Arteriosclerosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor crónico.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones renales.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Insuficiencia cardíaca congestiva.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca reumática.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes Tipo I o II.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sudor nocturno.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Daño en las válvulas cardíacas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangramiento anormal.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de alimentación.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Osteoporosis.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infarto del miocardio.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Malnutrición.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inflamación persistente de los ganglios del cuello.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soplo en el corazón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusión sanguínea.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad gastrointestinal.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cefaleas graves/jaquecas.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presión arterial baja.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si es así, fecha:.....					Reflujo G.E./ardor persistente.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso severa o rápida.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Presión arterial alta.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades venéreas.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otros defectos congénitos del corazón.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIDA o infección por VIH.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alteraciones de la tiroides.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orina en forma excesiva.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					Artritis.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Le ha recomendado algún médico o su dentista anterior que tome antibióticos antes de su tratamiento dental?.....

Nombre del médico o del dentista que se lo recomendó: _____ Teléfono: *Incluya código del área* ()

Tiene alguna enfermedad, condición o problema que no figure más arriba y que cree que yo debería saber?.....

Explique por favor: _____

NOTA: Se encarece tanto al doctor como al paciente que discutan detalladamente todos los aspectos relevantes de la salud del paciente antes del tratamiento.

Certifico que he leído y comprendido lo que aparece más arriba y que la información entregada en este formulario es exacta. Comprendo la importancia de que la historia de salud sea fidedigna y de que mi dentista y su personal puedan confiar en ella para realizar mi tratamiento. Reconozco que todas mis dudas sobre las preguntas de este formulario han sido respondidas satisfactoriamente. Yo no responsabilizaré a mi dentista ni a ningún miembro de su personal por las acciones que puedan tomar debido a los errores o a las omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Firma del Paciente/Apoderado: _____ Fecha: _____

Firma del proveedor: _____ Fecha: _____

A SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO/A

Comentarios: _____

**GEORGIA DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH
 GEORGIA VOLUNTEER HEALTH CARE PROGRAM (GVHCP)
 FORMA DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA Y DE REMISIÓN DEL PACIENTE**

INICIAL/PROGRAMA/PROVEEDOR: _____

SECCION I - PACIENTE/CONTACTO/ INFORMACION DEL SEGURO (ASEGURANZA)

Nombre de paciente: _____
 (APELLIDO) (NOMBRE) (INICIAL SEGUNDO NOMBRE)

Dirección: _____
 (CALLE) (CIUDAD/ESTADO) (CODIGO POSTAL)

Teléfono/Número a quien llamar: _____ Nombre a quien llamar diferente a Ud.: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: _____ Masculino _____ Femenino Origen Etnico: _____ Hispano _____ No-Hispano

Raza: _____ Blanco _____ Afroamericano _____ Asiático/Islands del Pacífico _____ Indio Americano / Nativo de Alaska

¿Tiene Ud. seguro (aseguranza) que le cubra?: Salud Visión Dental

Actualmente tiene Ud. Georgia Medicaid? Si _____ No _____

SECCION II - RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE - ELIGIBILIDAD FINANCIERA

Reconozco que reúno una de las siguientes categorías de la elegibilidad del programa según lo definido por la legislación del programa:

* Sin seguro * Seguro Incompleto Elegible para Medicaid Un cliente del Department of Community Health o del Department of Human Services o del Department of Public Health

* Si marcó arriba "Sin Seguro" o "Seguro Incompleto", usted debe estar en o por debajo del 200% del nivel de pobreza federal para ser elegible a recibir los servicios del GVHCP. Proporcione por favor el ingreso total mensual de la familia: \$ _____

* La información que he proporcionado con respecto a mi elegibilidad, incluyendo la información sobre los ingresos, es verdad y completa con el mejor de mi conocimiento. También reconozco que la falta de proveer al Departamento una actualización en el estado financiero del seguro médico o sobre algún cambio en este estado puede dar lugar a mi inhabilidad para recibir servicios de salud o dentales del GVHCP. Entiendo que la falsificación de cualquier información contenida en esta forma constituye un crimen y es castigable con una multa de no más de \$1.000 o con encarcelamiento por no menos de un año ni más que cinco (5) años, o ambos.

SECCION III - REMISIÓN DEL PACIENTE

AVISO AL PACIENTE: Lo están refiriendo (remitiendo) a un proveedor voluntario de salud (doctor) que lo atenderá a Ud. o alguien de quién usted es legalmente responsable. Su participación en este proceso de remisión es voluntaria. La atención que usted recibe del profesional voluntario de salud (doctor) le será proporcionada sin ningún costo para usted. El proveedor de salud (doctor) lo está atendiendo en nombre del estado de Georgia y sirve como un empleado u oficial de estado. Para aceptar esta remisión, usted sabe que el remedio (solución) puede resultar en una lesión o daño sufrido como resultado de cualquier acto u omisión de un proveedor de salud que cumple con sus deberes como un participante del GVHCP y que se da comienzo a una acción conforme con el acto de demanda de agravios (injurias, daños) de Georgia (§ 50-21-20 de O.C.G.A. y sig.). Usted reconoce que el remedio (solución) que resulte en lesión o daño sufrido como resultado de cualquier acto u omisión de un proveedor que actúe fuera del campo de sus deberes como un participante del GVHCP estará previsto por la ley general de agravios (injurias, daños) u otra ley aplicable.

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE: Por medio de la presente reconozco que he leído y entiendo la información proporcionada en esta sección. Autorizo el examen, los procedimientos diagnósticos y el tratamiento según juzguen necesario los doctores u otros profesionales del cuidado médico (y a quienquiera que él (ella) pueda señalar como sus ayudantes). Por favor escriba sus iniciales aquí: _____

O.C.G.A. § 50-21-23 (a) El estado renuncia a su inmunidad soberana por los agravios (injurias, daños) de oficiales y empleados del estado mientras que actúan dentro del campo de sus funciones públicas o de empleo y será responsable por tales agravios de igual manera que un individuo o entidad particular sería responsable bajo tales circunstancias; sin embargo, la renuncia a la inmunidad soberana del estado esta sujeta a todas las excepciones y limitaciones que se exponen en este artículo. El estado no tendrá ninguna responsabilidad por pérdidas que resulten de la conducta por parte de oficiales o de empleados del estado que no estaban dentro del campo de sus funciones públicas o de empleo. (b) El estado renuncia a su inmunidad soberana solamente al grado y de la manera proporcionada en este artículo y solamente con respecto a las acciones traídas a las cortes del estado de Georgia. El estado no renuncia a ninguna inmunidad con respecto a las acciones traídas a las cortes de los Estados Unidos.

O.C.G.A. § 50-21-25 (a) Este artículo constituye el remedio (solución) exclusivo para cualquier agravio (injurias, daño) ocasionado por un oficial o un empleado del estado. Por lo tanto un oficial o un empleado del estado que ocasione un agravio (injurias, daño) mientras que actúa dentro del campo de sus funciones públicas o de empleo no están sujetos ni a un juicio ni a responsabilidad. Sin embargo, nada en este artículo se interpretará como una forma para dar inmunidad a un oficial o empleado del estado contra un juicio o responsabilidad si se prueba que la conducta del oficial o del empleado no estaba dentro del campo de sus funciones públicas o de empleo. (b) Una persona que inicia una acción contra el estado bajo las condiciones de este artículo hará la acusación solamente contra la entidad del gobierno estatal para la cual el oficial o el empleado del estado actuaba y no contra el oficial o al empleado del estado individualmente. En caso de que el oficial o el empleado del estado sean nombrados individualmente por acto u omisión por la cual el estado es responsable bajo este artículo, la entidad del gobierno estatal para la cual el oficial o el empleado del estado actúan deben ser substituidos como la parte demandada. (c) Un convenio (acuerdo) o un juicio a una acción o convenio (acuerdo) de una demanda bajo este artículo excluye completamente cualquier otra acción del demandante contra un oficial o un empleado del estado por la misma causa (ocurrencia).

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD: Los estatutos seleccionados aquí en este contrato NO incluyen todas las disposiciones de la ley de Georgia contra los agravios (injurias, daños) y debido a que la ley cambia frecuentemente, puede que no represente la versión más reciente de la ley. Si es necesario, debe revisar la versión actualizada de la ley en su totalidad. Este documento se proporciona para su información solamente y no constituye ninguna asesoría jurídica. Usted debe hacer cualquier pregunta relacionada con sus derechos y obligaciones bajo la ley a un abogado licenciado.

FIRMA DEL PACIENTE/PADRE/REPRESENTANTE _____

NOMBRE DE LA PERSONA QUE FIRMA _____

RELACION CON EL MENOR (si aplica) _____

FIRMA DEL VOLUNTARIO _____

FECHA _____

SAVANNAH VOLUNTEER DENTAL CLINIC

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DENTAL

Nuestro objetivo principal al tratarlo es para proveer un cuidado optimo utilizando tratamientos preventivos y restauradores para garantizar la salud dental y el funcionamiento correcto con los recursos disponibles. Solicitamos su permiso para realizar limpiezas de rutina, rayos x, aplicaciones de fluor y tratamientos necesarios.

Aunque nuestro objetivo es ofrecer la major salud oral para su nino, hay algunos ligeros riesgos involucrados en el logro de ese objetivo. En muy raras ocasiones, el tratamiento dental puede estar asociada con entumecimiento, dolor, deloloracion, sangrado o hinchazon. Ignorar un problema dental conocidas supera ampliamente a la ligera los riesgos. No tratamiento de los problemas dentales pueden provocar infecciones, abscesos, y dolor e hichazon.

He leido y entendido esta informacion. He tenido la oportunidad de hacer preguntas y no tengo derecho a recibir respuestas a las preguntas que puedan surgir durante el transcurso de mi tratamiento del nino. Ademas, entiendo que soy libre de retirar mi consentimiento para el tratamiento en cualquier momento, y que este acuerdo permanecera en vigor hasta el momento en que hago conocer para terminario.

Nombre del paciente

Nombre impreso de paciente

Fecha

SAVANNAH VOLUNTEER DENTAL CLINIC
ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRIVACIDAD

NOMBRE DEL PACIENTE _____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN _____

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido una copia del Aviso de Privacidad de
SAVANNAH VOLUNTEER DENTAL CLINIC

FIRMA DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

IMPRIMIR EL NOMBRE DEL PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL

FECHA

DESCRPCIÓN DE LA AUTORIDAD DEL REPRESENTANTE LEGAL

La información de contacto del paciente o representante legal que firmó este formulario debe completarse a continuación.

DIRECCIÓN

TELÉFONO-CASA

TELÉFONO-CELULAR

SAVANNAH VOLUNTEER DENTAL CLINIC
FORMULARIO DE LIBERACIÓN PARA MEDIOS

Yo, el abajo firmante, por la presente concedo o deniego el permiso a Savannah Volunteer Dental Clinic, Inc. para usar mi imagen como se indica en mi selección a continuación. Dicho uso incluye la exhibición, distribución, publicación, transmission, o el uso de fotografías, imágenes y / o videos tomados de mí para su uso en materiales que pueden incluir, entre otros, materiales impresos como folletos y boletines educativos y de marketing, videos e imágenes digitales como los utilizados en el sitio web de Savannah Volunteer Dental Clinic, Inc. o en las páginas de redes sociales.

NIEGO el permiso para usar mi imagen en absoluto.

CONCEDO permiso para usar mi imagen de las siguientes maneras.

Uso limitado: otorgo permiso para el uso de mi imagen solo en el entorno de Savannah Volunteer Dental Clinic, Inc. y no para uso externo.

Uso limitado: otorgo permiso para el uso de mi imagen solo para materiales educativos (no de marketing), ya sea dentro o fuera del entorno de Savannah Volunteer Dental Clinic, Inc.

Uso limitado: concedo permiso para el uso de mi imagen solo en materiales impresos. (Sin uso de video, web o redes sociales)

Uso sin restricciones: concedo permiso para el uso de mi imagen en cualquier medio impreso, de video o digital. Acepto que mi imagen pueda ser utilizada por Savannah Volunteer Dental Clinic, Inc. con fines educativos y de marketing sin previo aviso.

FIRMA

NOMBRE IMPRESO

FECHA