

SMILEMOBILE PATIENT REGISTRATION/REGISTRO DE PACIENTES

PLEASE PRINT / USAR LETRA DE MOLDE

Nombre del/a paciente

Patient Name _____

Last/Apellido

First/Primer nombre

Middle/Segundo nombre

Birthdate/Fecha de nacimiento _____

Gender/Genero _____

Padre de fam./Tutor legal

Parent/Guardian Name _____

Last/Apellido

First/Primer nombre

Middle/Segundo nombre

Address/Dirección de Correo _____

City/Ciudad _____

Zip Code/ C.P. _____

No. de mensajes

Phone/Teléfono (_____) _____

message phone (_____) _____

Are you this child's legal guardian? ¿Es Ud. el tutor legal del menor? Yes/Sí _____ No _____

If not, who is? ¿Si no, quién es?

Parentesco con el/a menor

Name/Nombre _____

Relationship to child _____

AUTHORIZATION AND CONSENT

I authorize and consent for my child to be seen by the SmileMobile dentist for an examination and recommended treatment for my child, this may include the use of local anesthetic agents, x-rays, Silver Diamine/topical fluoride, sealants and routine dental materials of the Arcora Foundation - SmileMobile Program.

AUTORIZACION Y CONSENTIMIENTO

Autorizo y doy mi consentimiento para que mi hijo sea visto por el dentista de SmileMobile para un examen y el tratamiento recomendado para mi hijo, esto puede incluir el uso de agentes anestésicos locales, radiografías, Silver Diamine / fluoruro tópico, selladores y materiales dentales de rutina de la Fundación Arcora - Programa SmileMobile.

Signed/Firmado/a _____

Date/Fecha _____

I Consent for Photographs for Program Promotion

Yes/Sí _____

No _____

Doy mi consentimiento para fotografías para la promoción

Witness _____

(over /véase al dorso)

Health and Dental History/Antecedentes Dentales y de Salud del Menor

Does this child now have, or has this child ever had any of the following?

¿Padece ahora o en el pasado ha padecido el/a menor alguna de las siguientes condiciones?

Heart Disease or Defect, Heart Surgery, Valve Problem, or Murmur <i>Enfermedad o defecto cardiaco, cirugía cardíaca, problema de la válvula o soplo en el corazón</i>	Yes/Sí	No	Asthma/Asma	Yes/Sí	No
Rheumatic Fever <i>Fiebre reumática</i>	Yes/Sí	No	Seizures/ataques	Yes/Sí	No
Diabetes	Yes/Sí	No	Autism/Autismo	Yes/Sí	No
HIV/Aids/VIH SIDA	Yes/Sí	No	Learning Disability <i>problemas de aprendizaje</i>	Yes/Sí	No
Cerebral Palsy <i>Parálisis cerebral</i>	Yes/Sí	No	Delayed Development <i>Retraso de desarrollo</i>	Yes/Sí	No
Attention Deficit <i>Síndrome de hiperactividad</i>	Yes/Sí	No			
Bleeding Disorder <i>Desorden sangrante</i>	Yes/Sí	No			

List any other conditions this child has _____

Anote alguna otra condición que padece el/la menor

List any allergies this child has _____

Anote cualquier alergia que el/la menor padece

What medicines is this child taking? _____

¿Cuáles medicinas toma el/la menor?

When was this child's last dental visit? _____

¿Cuándo fue revisado el/la menor por un dentista por última vez?

Is there anything else we need to know about this child? _____

¿Hay algo más que debemos saber del/la menor?

HEALTH HISTORY REVIEWED BY DENTAL PROVIDER _____ DATE _____

HEALTH HISTORY REVIEWED BY DENTAL PROVIDER _____ DATE _____

Privacy Act (HIPAA) / Acta de Privacidad

The SmileMobile is committed to protecting the privacy of your child's health information. The SmileMobile is required by federal and state law to maintain the privacy of your protected health information (PHI) unless we are allowed or required by law. We protect your PHI by treating all your personal information that we collect as confidential.

El SmileMobile se compromete a proteger la privacidad de la información médica de su hijo. Al SmileMobile se le requiere por ley federal y estatal conservar la privacidad de su información médica protegida (PHI por sus siglas en inglés) a menos que sea permitido o exigido por ley revelarla. Mantenemos confidencial la información que recopilamos sobre su salud para mayor protección de su información médica protegida.

I hereby acknowledge that I am in receipt of the Arcora Foundation-SmileMobile HIPAA regulation.

Por este medio reconozco que he recibido las regulaciones sobre la HIPAA de la Fundación Arcora SmileMobile

Signed/Firmado _____ Date/Fecha _____