

**Clínica Dental De La División De Salud Pública
Historial Médico/Dental**

Nombre del Paciente: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____
 Número de Medicaid: _____ Seguro Social: _____ Escuela: _____ Grado: _____
 Dirección del paciente: _____ Ciudad/Pueblo: _____ Teléfono: _____
 Padres/tutor: _____ Número de celular: _____ Teléfono del trabajo: _____
 Persona a contactar en caso de emergencia: _____ Número de teléfono: _____
 Nombre del Doctor: _____ Número de teléfono: _____
 Razón de su visita de hoy: _____

¿El/la niño/a o usted (padre/tutor) alguna vez ha padecido de: (i) Tuberculosis activa (ii) Tos con sangre (iii) Tos que dura más de tres semanas?
Si su respuesta es sí, no continúe llenado este formulario y entréguéselo a la recepcionista

Escribe una marca (x) en la cajita si su hijo o hija ha tenido un historial de o dificultad con algunos de los siguientes:

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> Vacunas | <input type="checkbox"/> Mononucleosis | <input type="checkbox"/> Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Problemas de Crecimiento | <input type="checkbox"/> Riñones | <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Uso de Tabaco/Drogas |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Problemas de Audición | <input type="checkbox"/> Alergia al Látex | <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Vejiga | <input type="checkbox"/> Sinusitis | <input type="checkbox"/> Corazón | <input type="checkbox"/> Hígado | <input type="checkbox"/> Célula de Hoz | <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas |
| <input type="checkbox"/> Trastornos Hemorrágicos | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Mastoiditis | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Otra _____ |
| <input type="checkbox"/> Huesos/articulaciones | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> HIV/Sida | <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | |

Historial Médico de el/la Niño/Niña

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| | Sí | No | |
| ¿El/la niño/a padece de alguna enfermedad en la actualidad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si la respuesta es sí, ¿cuál? _____ |
| ¿La salud de el/la niño/a ha sufrido algún cambio en este año que pasó? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ¿Su niño/a toma algún medicamento en la actualidad? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si la respuesta es sí, ¿cuáles? _____ |
| ¿El/la niño/a es alérgico/a al látex? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ¿El/la niño/a es alérgico/a algún medicamento como la Penicilina? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si la respuesta es sí, ¿cuáles medicamentos? _____ |
| ¿El/la niño/a alguna vez ha padecido enfermedades graves? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si la respuesta es sí ¿cuáles? _____ |
| ¿El/la niño/a ha estado hospitalizado alguna vez? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si la respuesta es sí ¿por qué razón? _____ |
| ¿El/la niño/a padece de alguna enfermedad hereditaria? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | If yes, what condition? _____ |
| ¿El/la niño/a tiene problemas del habla? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ¿A el/la niño/a alguna vez le han puesto transfusiones de sangre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____ |
| ¿El/la niño/a tiene problemas físicos, mentales o emocionales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Historial Dental del Niño/Niña

- | | | | |
|---|---|---------------------------------------|--|
| | Sí | No | |
| ¿Esta es la primera visita de el/la niño/a al dentista? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si la respuesta es no, ¿cuándo fue la última visita? _____ |
| ¿A el/la niño/a alguna vez le han hecho placas de los dientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____ |
| ¿El/la niño/a alguna vez se ha lesionado los dientes/la cabeza? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ¿El/la niño/a alguna vez ha tenido problemas con tratamientos dentales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿El/la niño/a se chupa el dedo gordo/los dedos/el chupete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿El/la niño/a tuvo problemas para mudar los dientes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿El/la niño/a ha recibido tratamiento de ortodoncia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿El/la niño/a toma suplementos de fluoruro? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿El/la niño/a usa pasta dental con fluoruro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Qué tipo de agua se usa en la casa? | <input type="checkbox"/> Agua por tubería | <input type="checkbox"/> Agua de pozo | <input type="checkbox"/> Agua de botella |
| ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes? | <input type="checkbox"/> Tres o más | <input type="checkbox"/> Dos | <input type="checkbox"/> Una <input type="checkbox"/> Ninguna |

Yo certifico que he leído y comprendo toda la información antes mencionada. También comprendo que de haber omitido o haber dado información incorrecta sobre la salud de mi hijo/a (mía) podría causar graves consecuencias de salud. Por este medio le doy consentimiento a la División de Salud Pública de Delaware a darle el tratamiento dental necesario a mi hijo/a (a mí). Por este medio se otorga autorización para que se examine, se tomen las placas necesarias, se limpien los dientes, se aplique fluoruro, se den indicaciones de higiene bucal, se ponga anestesia local (con aguja) y cualquier tratamiento que se considere necesario, lo cual incluye restauraciones (empastes) y extracciones (sacar muelas). Comprendo y me comprometo a cumplir con las normas de la clínica entre las que se encuentran: el mostrar comprobante de elegibilidad de Medicaid en cada cita, respetar el hecho de que sólo lo pacientes pueden estar en las áreas de tratamiento a no ser que el/la dentista solicite lo contrario y que de perder dos citas seguidas sin antes cancelarlas traerá como consecuencia que se suspendan los servicios de rutina durante un período de seis meses.

Firma / Relación con el/la Paciente: _____ Fecha: _____

Providers' Signatures & Dates: _____