

Nombre de Paciente : _____

FDN: _____

INSTRUCCIONES

Conteste todas las preguntas individualmente usando una X.
 La información es únicamente para nuestros archivos y se considera estrictamente confidencial.

¿Ha habido algún cambio importante en su salud?

	Yes/Si	No
¿Está ahora bajo atención médica?	_____	_____
Si es así, ¿Qué enfermedad? _____		
¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas?	_____	_____
¿Válvulas del corazón dañadas o válvulas artificiales del corazón?	_____	_____
¿Lesión cardíaca congénita?	_____	_____
Enfermedad cardiovascular (enfermedades del corazón, insuficiencia cardíaca, oclusión coronaria, alta presión arterial arteriosclerosis, embolia o derrame cerebral)		
HIV/AIDS.....	_____	_____
Problema de sinusitis.....	_____	_____
Asma o bronquitis frecuentemente.....	_____	_____
Ronchas o sarpullido.....	_____	_____
Convulsiones.....	_____	_____
Diabetes.....	_____	_____
Malestar bilioso, ictericia, hepatitis o enfermedad del hígado, Artritis.....	_____	_____
Inflamación reumática (coyunturas inflamadas con dolor).....	_____	_____
Úlceras estomacales.....	_____	_____
Enfermedad del riñón.....	_____	_____
Tuberculosis.....	_____	_____
Tos persistente o tose sangre	_____	_____
¿Tiene una enfermedad seria, condición médica u otro problema no mencionado	_____	_____
Si es así, ¿Qué? _____		
Autismo.....	_____	_____
Parálisis Cerebral.....	_____	_____
Trastorno Sangrado	_____	_____
¿Tiene cadera o con junta prostética, implantes, placas en los huesos o tornillos?	_____	_____
Si es así, ¿Qué? _____		
¿Ha tenido una enfermedad seria, operación o ha sido hospitalizado?	_____	_____
Si es así, ¿Qué? _____		
Alergias a comidas o al ambiente	_____	_____
¿Está embarazada?	_____	_____
¿Tiene alguna alergia?.....	_____	_____
Si es así, ¿Qué? _____		
¿Está Tomando algún medicamento recetado o tomando medicamento no recetado?	_____	_____
Si es así, ¿Qué? _____		
Nombre de Medico: _____		
Número de Teléfono: _____		

Solo Para Uso de Oficina _____

Fecha _____

Firma del Paciente Relación con el paciente

Provider's Signature

Fecha _____

Firma del Paciente Relación con el paciente

Provider's Signature

Fecha _____

Firma del Paciente Relación con el paciente

Provider's Signature

Yo he leído y he contestado este cuestionario de salud totalmente dado a conocer todos los trastornos de que tengo conocimiento

Firma del Paciente/Padres/ o Tutor: _____ Fecha: _____

 Doctor Signature Date

Relation con el paciente? Padre Madre Otro:

Nombre del Paciente: _____ FDN: _____ Chart #: _____

Tarde o Citas Canceladas

Como paciente o el padre o el guardián de un paciente de Friends of Family Health Center entiendo que si encuentro necesario cancelar una cita programada, necesito notificar el centro por lo menos 24 horas por adelantado por el teléfono, el correo o en persona. El pago se requiere el mismo día de su cita. Si estoy 15 minutos tarde, pueda ser necesario hacer otra cita para que la clínica no se atrase. Si vengo a la clínica dental sin cita puede ser que me atendían o no atendían dependiendo del horario de la clínica.

Consentimiento para El Tratamiento

Doy mi consentimiento al uso de todos los servicios necesarios para terminar el tratamiento requerido incluyendo, pero no limitado a la administración de la anestesia, radiografías, imágenes intraorales y cualquier medicamento necesario. Yo entiendo que si mi comportamiento o del mi hijo/a cambia durante el procedimiento dental, por ejemplo movimiento de la cabeza, brazo y/o piernas, el tratamiento dental no puede ser proporcionado con seguridad. Durante esta conducta disruptiva, puede ser necesario que las asistentes sostengan las manos y los brazos del paciente para estabilizar los movimientos de cabeza y/o de la pierna. También entiendo que no se dará ninguna garantía en cuanto los resultados del tratamiento. Yo estoy de acuerdo de liberar a la clínica y a sus empleados de responsabilidad del consentimiento de tratamiento dental.

El consentimiento de tratamiento debe ser firmado por el tutor legal. Si el tutor legal no puede traer al paciente a la cita el tutor legal debe proporcionar por escrito autorización para el individuo que ellos elijan que traiga paciente a la cita.

Consentimiento para Los Servicios

Explique los procedimientos dentales que se realizaran, y se me ha entiendo lo que se va hacer. Yo doy consentimiento al plan del tratamiento indicado y a cualquier otro tratamiento necesario o recomendado dependiendo al juicio del doctor que me atiende.

Me han informado y entiendo que de vez en cuando hay complicaciones de la cirugía, medicamento y de la anestesia. Las complicaciones más comunes son entumecimiento, dolor, infección, hinchazón, sangrado, descoloración, falta de cesación temporal o permanente, y la inflamación de la piel (throbophlebitis) puede ocurrir de vez en cuando por la inyección. Las complicaciones menos comunes incluyen la posibilidad de lesiones alrededor de los dientes, restauraciones en otros dientes, o en otros tejidos, dolor cerca del oído, al cuello, a la cabeza, náusea, vomito, reacción alérgica, fracturas de hueso, y curación tardada. Las complicaciones de seno nasal, que pueden incluir una fistula o una abertura astral nasal en el seno de la boca, pueden ocurrir con el retiro de los dientes superiores.

Los medicamentos, los anestésicos y las prescripciones pueden causar que se sienta adormecido y falta de conocimiento y falta de coordinación que se podría aumentar con el uso del alcohol o de otros medicamentos. Me han aconsejado no manejar ningún vehículo o equipo peligroso por lo menos 24 horas hasta que me recuperé completamente de los efectos del anestésico o medicamentos que se me pudieron haber dado en la oficina de mi cuidado.

Reconozco que he recibido y entiendo las instrucciones post-operatorias. Se me ha explicado y yo he entiendo que no hay garantía en cuanto a ningún resultado y/o curación. Entiendo que puedo pedir una explicación completa de todos los riesgos posibles en relación a mi cuidado solamente preguntando.

Firma de Padre/Paciente: _____ Fecha: _____