



Historia Medica /Autorización para Tratamiento



Por favor complete esta

Fecha de su Cita:

Hora de su Cita:

¿Organización que lo refirió a nosotros? (Identifique la escuela, iglesia, u organización):

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Correo Electrónico: _____ @ _____ FAX#: _____

Teléfono de Oficina: _____

Organización que lo refirió/Persona Contacto del Grupo:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____ @ _____ FAX#: _____

Esta sección debe ser completada por padres de familia o el guardián – información sobre su niño/a

Nombre del Niño: Primer Nombre _____ **Inicial Segundo** _____ **Apellido** _____

Facha de Nacimiento del Niño/a: _____ **Sexo del Niño:** Masculino _____ Femenino _____

Dirección de Hogar

Calle _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa _____ **Teléfono Celular/Móvil** _____

Nombre del Padre/Madre/Guardián: _____

El Niño Vive con: Marque aquí si es igual a arriba

Nombre: Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre _____ Apellido _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Celular/Móvil: _____

En Caso de Emergencia Contacta a:

Nombre: Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre _____ Apellido _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

¿A quién debemos llamar el día de sus cita para discutir el tratamiento de su niño?

Nombre: Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre _____ Apellido _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal _____

Doy autorización para que mi niño/a participe en el programa preventivo y de restauración dental conducido por el programa "Committee for Community Outreach and Access," conocido como Demos Una Sonrisa a Los Niños. En mi conocimiento, las preguntas sobre la historia medica en la pagina 2 han sido contestadas en forma correcta y precisa. Doy permiso a mi niño/a de recibir anestesia local (para adormecer los dientes), tratamiento dental, y ser fotografiado mientras este en la clínica, entendiendo que estas fotos pueden ser utilizadas en material educativo en el futuro. Nuestra clínica dental va a honrar los derechos de los pacientes en cuanto a la protección de su información médica con raras excepciones en las cuales se debe usar solo la información que sea necesaria para completar el tratamiento dental deseado.

Nombre de Padre/Guardián (Impreso) _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

**Para reservaciones llamar: 636-397-6453 (GKAS) Envíe la forma completada al Fax: 1-636-278-2676
O, mandar la forma completada por correo a: GKAS, 340-A Mid Rivers Mall Dr., St. Peters, MO 63376**

Historia Médica

A pesar que el personal dental trata primariamente el área dentro o alrededor de la boca, su boca es parte de su cuerpo entero. Los problemas de salud que su niño/a pueda tener, o los medicamentos que su niño/a puede estar tomando, pueden tener una interrelación importante con el tratamiento dental que su niño/a reciba.

Muchas gracias por contestar las siguientes preguntas.

- ¿Esta viendo su niño/a a un doctor en en el presente? Si No En Caso de Si, Explique _____
- ¿Ha sido su niño/a hospitalizado? Si No En Caso de Si, Explique _____
- ¿Ha tenido su niño/a una operación mayor? Si No En Caso de Si, Explique _____
- ¿Se ha golpeado su niño/a el cuello o cabeza seriamente? Si No En Caso de Si, Explique _____
- ¿Esta tomando su niño/a medicamentos o pastillas? Si No En Caso de Si, Explique _____
- _____
- _____

Tiene su niño/a alergia a los siguientes:

- Aspirina Penicilina Codeína Acrílico Metal Látex Anestésicos Locales
- Otro Por favor explique _____

¿Tiene, o ha tenido su niño/a alguna de las siguientes condiciones?

- | | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA/HIV Positivo | <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho | <input type="checkbox"/> Dolor de Cabeza Frec. | <input type="checkbox"/> Latidos irregulares | <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlata |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Tos/Erupciones debido a fiebre | <input type="checkbox"/> Herpes Genital | <input type="checkbox"/> Problemas de Riñones | <input type="checkbox"/> Herpes (zóster) |
| <input type="checkbox"/> Angina | <input type="checkbox"/> Problemas de Corazón | <input type="checkbox"/> Fiebre del Heno | <input type="checkbox"/> Leucemia | <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica |
| <input type="checkbox"/> Corazón Artificial | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Hígado | <input type="checkbox"/> sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Articulación Artificial | <input type="checkbox"/> Medicina de Cortisona | <input type="checkbox"/> Soplo en el Corazón | <input type="checkbox"/> Presión Baja | <input type="checkbox"/> Espina Bífida |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Marcapasos de Corazón | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Pulmones | <input type="checkbox"/> Problemas Estomago |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Sangre | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos | <input type="checkbox"/> Válvula Mitral (problemas) | <input type="checkbox"/> Derrame (cerebral) |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre | <input type="checkbox"/> Sangra Excesivamente | <input type="checkbox"/> Hemofilia | <input type="checkbox"/> Dolor en la Mandíbula | <input type="checkbox"/> Hinchazón Manos/Pies |
| <input type="checkbox"/> Problema Respiratorios | <input type="checkbox"/> Sed Excesiva | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Problemas de Paratiroides | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Tiroides |
| <input type="checkbox"/> Moretes Frecuentes | <input type="checkbox"/> Desmayos/mareos | <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C | <input type="checkbox"/> Cuidado Psiquiátrico | <input type="checkbox"/> Tonsilitis |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Tos frecuente | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Tratamientos de Radiación | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia | <input type="checkbox"/> Diarrea Frecuente | <input type="checkbox"/> Presión Alta | <input type="checkbox"/> Perdida de Peso (Reciente) | <input type="checkbox"/> Tumores |
| <input type="checkbox"/> Ronchas o Erupciones | <input type="checkbox"/> Diálisis Renal | <input type="checkbox"/> Ulceras | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Yellow Jaundice |
| <input type="checkbox"/> Tubos en el Oído | <input type="checkbox"/> Infección de Oído Recurrente | <input type="checkbox"/> Perdida Auditiva | | |

¿Ha tenido su niño/a alguna condición médica seria no mencionada arriba? Si No En caso de si, explique _____

En mi conocimiento, las preguntas en este documento de Historia Médica han sido contestadas de manera correcta. Yo entiendo que proveer información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi niño/a. Es mi responsabilidad informar a "Give Kids A Smile" (Demos Una Sonrisa a los Niños) de cualquier cambio al estado médico de mi niño/a.

Firma de Padre/Guardián _____ **Fecha:** _____