

Formulario de información para el paciente del programa móvil de Delta Dental

Complete este formulario en su totalidad. Si tiene preguntas, consulte a un miembro del personal de Delta Dental. ¡Gracias!

Nombre legal del paciente _____		Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____	
Escuela a la que asiste _____	Grado _____	Edad _____	Sexo (marque con un círculo) M F
Grupo étnico: (marque con un círculo) <i>Blanco Negro o afroamericano Asiático Indígena estadounidense Hispano/Latino Otro</i>			
Dirección de la vivienda _____		Dirección para correspondencia _____	
		Ciudad _____	Estado _____
		Código postal _____	
Números de teléfono: Casa (_____) _____		Trabajo (_____) _____	
Celular (_____) _____			
Nombre del padre/tutor _____		Relación con el paciente _____	
Contacto en caso de emergencia: Persona para comunicarse en caso de emergencia			
Nombre _____		Relación con el paciente _____	
		Teléfono (_____) _____	
Ingresos: ¿Cuál de estas opciones representa mejor los ingresos anuales de su grupo familiar? (marque con un círculo una de las opciones)			
<i>Menos de \$10,000</i>		<i>\$10,000-20,000</i>	<i>\$20,000-30,000</i>
		<i>Más de \$30,000</i>	
Tamaño del grupo familiar: ¿Cuántos niños de 21 años o menores de esa edad viven en su hogar? _____			

Antecedentes odontológicos	Sí	No	
¿Esta es la primera visita odontológica del paciente? Nombre del dentista anterior o actual _____			Si no lo es, ¿cuánto tiempo ha pasado desde la última visita? (✓) _____ menos de 2 años _____ más de 2 años
¿El paciente ha concurrido a emergencias/al hospital por dolor odontológico durante el último año?			Si la respuesta es "sí", ¿cuántas veces?
¿El dolor odontológico ha hecho que su hijo falte a la escuela o al trabajo en el último año?			Si la respuesta es "sí", escuela trabajo ambos marque con un círculo: ¿cuántas veces?

Antecedentes médicos	Sí	No	Explique las respuestas en donde dijo "sí"
Médico actual del paciente _____			Fecha del último examen médico (mm/aa) _____
¿El paciente tiene una afección médica actual?			
¿El paciente toma algún medicamento?			
¿El paciente alguna vez estuvo internado o se sometió a una cirugía?			
¿El paciente tiene alguna alergia?			
¿El paciente tiene alguna necesidad especial que exigiera una organización especial para poder brindarle atención odontológica? P. ej.: autismo.			
¿La paciente está embarazada?			

¿El paciente ha tenido antecedentes o dificultades con lo siguiente?			
Marque todo lo que corresponda (✓)			
<input type="checkbox"/> SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Mononucleosis
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática
<input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/> Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Otro _____		
Explique sus respuestas: _____			

Motivo de la visita: Marque todo lo que corresponda (✓)

- Primer examen
 No podía costear la atención odontológica
 No podía obtener una cita en ningún otro lugar
- Dolor dental/dolor bucal/hinchazón del rostro
 Otro (especificar) _____

Comportamiento del paciente	Sí	No
¿El paciente se cepilla los dientes todos los días?		
¿El paciente toma bebidas gaseosas u otras bebidas endulzadas con azúcar todos los días (Kool-aid, bebidas de frutas, Gatorade, bebidas deportivas)?		
¿El paciente utiliza productos de tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, otras formas de tabaco que no se fumen)?		
¿Algún integrante del hogar utiliza productos con tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, otras formas de tabaco que no se fumen)?		

Seguro: Marque con un círculo todo lo que corresponda. Si tiene Medicaid o un seguro odontológico privado, indique el número de Medicaid o el número de póliza en el espacio provisto.

DEBE SUMINISTRAR UNA COPIA DE SU TARJETA DEL SEGURO ODONTOLÓGICO SI CORRESPONDE.

Medicaid/SCHIP **Seguro ODONTOLÓGICO privado** (suministre una copia de la tarjeta) **Ninguno**
 Número de Medicaid/Número de póliza _____

Seguro odontológico Nombre: _____ N° de póliza _____ N° de grupo _____

Seguro odontológico Dirección: _____ N° de teléfono del seguro _____

Nombre del empleador: _____

Consentimiento y acuerdo para el tratamiento

Yo, _____, en calidad de tutor legal responsable de _____

(nombre del padre/tutor legal en letra imprenta) (nombre del niño en letra imprenta)

brindo mi consentimiento para los servicios odontológicos que he autorizado a continuación. Comprendo que el tratamiento odontológico puede involucrar algunos riesgos. Tenga en cuenta que los servicios de higiene odontológica preventivos solos, prestados fuera del consultorio odontológico habitual, no deben reemplazar los exámenes odontológicos habituales que realiza el dentista. Cada elemento debe tener una respuesta para poder recibir la atención odontológica.

Sí	No	
		Servicios preventivos: prestado por parte de un higienista, limpieza dental, instrucción para la higiene oral, sellantes, tratamiento con flúor.
		Examen del dentista (incluidas las radiografías odontológicas)
		Servicios de restauración: rellenos, coronas de acero inoxidable, pulpotomía. Se puede utilizar anestesia local para estos procedimientos.
		Extracciones: retiro de dientes primarios (de leche) o permanentes que no pueden restaurarse a través de otros tratamientos. Se puede utilizar anestesia local para estos procedimientos.
		Se puede utilizar óxido nitroso (gas hilarante) según se considere necesario.
		Se me ha ofrecido o he leído una copia de la Notificación sobre prácticas de privacidad de Delta Dental en virtud de la HIPAA.

 Firma del padre/tutor legal _____ Fecha _____