



Si tiene preguntas sobre este formulario, favor de contactar al Courtney Seitz llamando al 217-788-2315.

## FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA Y DENTAL

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita médica \_\_\_\_\_

Motivo de la visita médica \_\_\_\_\_

1. ¿En la actualidad está el paciente bajo el cuidado de un médico?  Sí  No Motivo \_\_\_\_\_

2. ¿Toma el paciente algún medicamento?  Sí  No

Si contestó "sí", liste los medicamentos: a. \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_  
 b. \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_  
 c. \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_

3. ¿El paciente es alérgico a la penicilina?  Sí  No

4. ¿El paciente es alérgico a otros medicamentos?  Sí  No  
 Si contestó "sí", favor de indicar el medicamento/reacción: \_\_\_\_\_

5. MUJERES: ¿Hay alguna posibilidad de que la paciente esté embarazada?  Sí  No  
 Si contestó "sí", ¿de cuántos meses? \_\_\_\_\_ Toma pastillas anticonceptivas  Sí  No

6. ¿El paciente tiene o alguna vez tuvo cualquiera de los siguientes?	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>Comentarios</u>
Enfermedad del corazón, soplo cardíaco o cirugía del corazón	___	___	_____
Problemas/Trastornos de sangrado o coagulación de la sangre	___	___	_____
Diabetes (problemas de azúcar en la sangre)	___	___	_____
Anemia o rasgo de células falciformes	___	___	_____
Problemas de la tiroides	___	___	_____
Convulsiones o desmayos	___	___	_____
Tuberculosis	___	___	_____
Hepatitis u otros problemas del hígado	___	___	_____
Problemas del riñón	___	___	_____
Asma o silbido al respirar	___	___	_____
Cáncer, leucemia u otro tumor	___	___	_____
Defectos de nacimiento o genéticos	___	___	_____
VIH y/o SIDA	___	___	_____
Dependencia de drogas y/o alcohol	___	___	_____
Recibió tratamiento con esteroides	___	___	_____
Retraso mental o retraso en el desarrollo normal	___	___	_____
Uso de cigarrillos o tabaco para mascar/inhalar	___	___	_____

## FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA Y DENTAL

7. ¿El paciente tuvo en el pasado, o padece en la actualidad, una condición médica no mencionada arriba?

Sí  No

Si contestó "sí", ¿cuál es la condición médica? \_\_\_\_\_

8. ¿Ha recomendado el médico del paciente alguna precaución especial para el tratamiento dental?  Sí  No

Si contestó "sí", ¿qué precauciones? \_\_\_\_\_

9. Indique si el paciente tiene:  Ceguera  Problemas de audición  Problemas del habla

### HISTORIA DENTAL DEL PACIENTE

1. Motivo para solicitar atención dental para este paciente \_\_\_\_\_

2. ¿El paciente ha visitado a un dentista anteriormente?  Sí  No

Si contestó "sí", indique el nombre del dentista \_\_\_\_\_

3. ¿El paciente tuvo alguna vez cualquiera de estos problemas?

Lesión en la boca o en los dientes

Dolor de dientes y/o absceso (acumulación de pus)

Sí

No

Comentarios

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. ¿El paciente tiene cualquiera de estos hábitos?

Chuparse los dedos, el pulgar o un chupón

Respirar por la boca

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. ¿Cree que el paciente tiene el cuidado dental adecuado a diario?  Sí  No

6. ¿Qué tipo de agua bebe el paciente?  Agua de la llave  Agua de pozo  Agua embotellada

7. ¿Qué otra información dental deberíamos saber? \_\_\_\_\_

**Certifico que he leído y entendido las preguntas de arriba. Hasta donde yo sé, la información de arriba es correcta. No responsabilizaré al dentista o dentistas encargados del tratamiento ni a ningún miembro del personal dental por cualquier error u omisión que yo pueda haber cometido al llenar este formulario. Entiendo que es mi responsabilidad informar al dentista de mi niño/a cuando haya un cambio en la condición médica de mi niño/a o cuando haya un cambio en las respuestas a cualquiera de las preguntas de arriba.**

PERSONA QUE LLENA ESTE FORMULARIO: \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

PARENTESCO CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted responsabilidad legal sobre este paciente? \_\_\_\_\_



Si tiene preguntas sobre este formulario, favor de contactar Courtney Seitz llamando al 217-788-2315. al 217-788-2315

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO e INSCRIPCIÓN

Este formulario sirve para obtener su consentimiento para el tratamiento dental o la cirugía oral. Favor de leer este formulario con mucha atención y preguntarnos sobre cualquier cosa que no entienda.

Datos de facturación dental:

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Nombre del tutor legal \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ [ ] MARCAR SI ES LA MISMA Dirección \_\_\_\_\_  
 Ciudad \_\_\_\_\_, IL, C.P. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_, IL, C.P. \_\_\_\_\_

Número(s) de teléfono donde podemos contactarlo/a en el día durante las jornadas de clínica  
 celular: \_\_\_\_\_  
 domicilio: \_\_\_\_\_  
 trabajo: \_\_\_\_\_

Medicaid: No. de identificación de 9 dígitos para beneficiarios de Medicaid \_\_\_\_\_

Si tiene seguro a través de una compañía de seguro privado, favor de llenar esta sección:

Nombre de la compañía de seguro dental privado \_\_\_\_\_ No. de teléfono de la compañía de seguro \_\_\_\_\_  
 Número de grupo \_\_\_\_\_ Nombre del empleador \_\_\_\_\_ Teléfono de la empresa \_\_\_\_\_  
 Dirección para envío de reclamaciones (impresa en la tarjeta) \_\_\_\_\_  
 Nombre del titular del seguro que cubre al paciente \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del adulto asegurado \_\_\_\_\_  
 Número de Seguro Social del adulto asegurado \_\_\_\_\_ No. de identificación del contrato/póliza \_\_\_\_\_

(Si es posible, adjunte fotocopia del frente y reverso de la tarjeta)

Por la presente autorizo el pago de prestaciones dentales al Central Counties Health Centers por los servicios descritos.

Doy mi permiso para que el doctor presente formularios de reclamación de prestaciones de seguro en mi nombre y en representación mía, de mi cónyuge y/o de mi niño/a menor de edad.

Comprendo que yo podría ser responsable por todo cargo que no cubra el seguro, y estoy de acuerdo en pagarlo. Esto incluye deducibles no satisfechos, servicios no cubiertos, etc.\*

\*Los pacientes con cobertura de Medicaid no tendrán un copago para los procedimientos cubiertos

A. Abajo encontrará un listado de los procedimientos dentales que podría recibir su niño/a. Tras el examen inicial se elaborará un plan de tratamiento para su niño/a que le será explicado a usted. Antes de cada visita le explicaremos el tratamiento específico que recibirá su niño/a ese día.

1. **Procedimientos de diagnóstico:** Examen, radiografías (rayos x) de dientes y mandíbula, consulta, fotografías, moldes dentales.
2. **Limpieza dental:** Eliminación de los depósitos blandos y duros en los dientes, y pulido dental con una pasta dentífrica especial.
3. **Tratamiento con fluoruro:** Tras la limpieza se aplica una solución de fluoruro sobre los dientes. El fluoruro fortalece la superficie de los dientes y los ayuda a resistir el deterioro.
4. **Selladores dentales:** Se aplican selladores plásticos a las ranuras de la superficie de masticar de los nuevos molares permanentes para ayudarlos a resistir el deterioro.
5. **Inyección de anestesia local:** "Medicina entumecedora" que se usa con cuidado para entumecer los dientes y las áreas próximas antes de ciertos procedimientos dentales como las extracciones y los empastes.
6. **Dique dental de goma:** Una lámina de goma látex que se usa para aislar cuidadosamente los dientes que necesitan tratamiento dental.

- 7. **Empastes/Coronas dentales:** Dependiendo de la cantidad de deterioro y de la ubicación del diente en la boca, podrá hacerse lo siguiente. Diente anterior: empaste/corona de color blanco. Diente posterior o canino: empaste de amalgama de plata o corona de acero inoxidable.
- 8. **Tratamiento de la pulpa (nervio dental)/Endodoncia:** Un procedimiento para salvar los dientes de leche y algunos dientes permanentes que de otro modo se perderían debido a una caries profunda que ha afectado el nervio dental. Se recomienda salvar los dientes de leche que normalmente se espera que permanezcan en la boca por nueve meses o más, ya que proporcionan al paciente una superficie de masticar. Además, los dientes de leche guardan el espacio para los dientes adultos que crecen debajo de ellos.
- 9. **Extracción (eliminación) de un diente:** Podrán extraerse dientes debido a infección, lesión, causas ortodónticas (apiñamiento dental), o si están enfermos y no pueden salvarse mediante ningún procedimiento dental. Se requiere de Padres de estar presente para el procedimiento de extracción.

- B. El personal dental del Central Counties Health Centers me ha explicado en términos generales la naturaleza y el propósito del tratamiento y de los procedimientos. Se me han explicado los procedimientos o métodos de tratamiento alternativos, si los hay. También se me han explicado las ventajas, desventajas, riesgos, consecuencias y eficacia probable de cada uno de ellos, así como el pronóstico si no se lleva a cabo el tratamiento.
- C. Se me ha advertido que, si bien se espera que los resultados del tratamiento sean adecuados, no pueden anticiparse con exactitud la posibilidad y la naturaleza de las complicaciones para cada individuo. Por lo tanto, no puede ofrecerse garantía expresa o implícita ni de los resultados del tratamiento ni de la cura.
- D. **Riesgos y complicaciones:** Aunque no son frecuentes, existen algunos **riesgos y complicaciones** relacionados con los procedimientos dentales o la cirugía oral. Las **complicaciones más comunes** vinculadas al tratamiento de necesidades dentales especiales incluyen la **náusea** tras la administración de **fluoruro tópico** y las **lesiones** si el paciente **se muerde la lengua o labio** tras la administración de **anestesia local**. Las **complicaciones menos comunes** incluyen el riesgo de entumecimiento, infección, hinchazón, sangrado prolongado, decoloración de los tejidos, vómitos, reacciones alérgicas, tragar o aspirar tanto material dental como un diente extraído o un tapón de gasa, lesión a la lengua o labios, daño a dientes o empastes existentes y su posible pérdida, lesión a los nervios próximos al área de tratamiento, y la fractura de la raíz de un diente que podría requerir cirugía adicional para extraerlo. **Para los pacientes con ciertas enfermedades del corazón existe el riesgo de endocarditis infecciosa (infección cardíaca) tras ciertos procedimientos dentales.** Por lo tanto, se recetarán antibióticos antes del tratamiento para minimizar los riesgos. Asimismo, entiendo y acepto que las complicaciones podrían requerir tratamiento médico, dental o quirúrgico adicional que podría necesitar la hospitalización.
- E. Por la presente hago constar que he leído y entendido este formulario de consentimiento. Se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener. Todas las preguntas sobre los procedimientos se han contestado de manera satisfactoria. Entiendo que tengo derecho a recibir respuesta a las preguntas que puedan surgir durante el curso del tratamiento dental de mi niño/a. También entiendo que soy libre de retirar mi consentimiento al tratamiento en cualquier momento. Este consentimiento permanecerá vigente hasta que yo decida anularlo.

¿Tiene alguna objeción?  Sí  No

Si contestó "sí", favor de

explicar: \_\_\_\_\_

- F. Al firmar este formulario de consentimiento, autorizo y solicito a los dentistas del Central Counties Health Centers, asistidos por el personal dental de su elección, a proporcionarle a mi niño/a (o menor bajo tutela en cuyo nombre se me autoriza a dar consentimiento) el tratamiento dental o la cirugía oral que se indican. Asimismo, por la presente hago constar que he recibido copia del Aviso sobre las Prácticas de Privacidad de este consultorio dental. Se me ha dado la oportunidad de hacer cualquier pregunta que pueda tener acerca de este Aviso.

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de quien llena el formulario (en letra de molde) \_\_\_\_\_ Firma de quien llena el formulario \_\_\_\_\_

Su parentesco con el paciente: \_\_\_\_\_ ¿Tiene usted responsabilidad legal sobre este paciente?  Sí  No



**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL**

- Llene los espacios en blanco y luego vea el dorso del formulario de Consentimiento
- Lea y firme en el otro lado de este formulario
- Llene el Formulario de Historial de salud pediátrica

Devuelva el formulario de Consentimiento para tratamiento dental y el Formulario de Historial de salud pediátrica

<b>del niño:</b> Nombre		<b>de nacimiento:</b> Fecha		<b>Edad:</b>
Sexo del niño:  <input type="checkbox"/> Masculino  <input type="checkbox"/> Femenino	<b><u>Idioma materno</u></b>  <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español  <input type="checkbox"/> Otro:	<b>Condado:</b> <input type="checkbox"/> Sangamon  <input type="checkbox"/>		
<b>La persona que llena este formulario debe indicar:</b>			<b>Relación con el niño:</b>	
Nombre: Nombre del legal: tutor			teléfono: Número de	
Dirección legal: del tutor			de residencia: Teléfono	
¿Cuenta el niño con un dentista?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es afirmativa, el nombre del dentista es:			
¿Cuenta el niño con un médico?  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es afirmativa, el nombre del médico es:			
<p>¿Recibe el niño alguno de estos beneficios?      Marque todos los beneficios que este niño recibe.</p> <p align="center"> <input type="checkbox"/> All Kids                      <input type="checkbox"/> Medicaid                      <input type="checkbox"/> Almuerzo escolar caliente sin costo/con tarifa reducida         </p> <p><b>Cuando su hijo vaya a la cita DEBE enviar con él su tarjeta Medicaid</b>  <b>Si este niño cuenta con All Kids, usted DEBE enviar su tarjeta All Kids con él cuando vaya a su cita, para que podamos facturar los servicios prestados a Medicaid/All Kids.</b></p>				

Lea el dorso de este formulario

Firme el otro lado de este formulario para que este niño pueda recibir atención por parte de la Central Counties Health Centers

**POR FAVOR lea estas explicaciones antes de firmar y dar su autorización**  
**para que el personal de Central Counties Health Center pueda examinar a este niño:**

POR FAVOR responda completa y exactamente todas las preguntas del formulario de Historial de salud pediátrica. Las respuestas que usted ponga en ese formulario nos ayudarán a brindarle la mejor atención médica y dental para este niño en una forma segura. La información incorrecta puede ser peligrosa para la salud de este niño.

- POR FAVOR: Si usted no comprende una pregunta; Si no está seguro de la respuesta o Si desea hablar con el personal de Central Counties Health Centers respecto a alguna pregunta, escriba una nota en el formulario de Historial de salud pediátrica cuando lo devuelva
- El formulario de Historial de salud pediátrica formará parte del expediente de este niño con Central Counties Health Centers y es totalmente confidencial

### **CONSENTIMIENTO DE ATENCIÓN DENTAL**

- Otorgo mi consentimiento para que realicen exámenes y tratamiento dental, que podría incluir rayos X, aplicación de flúor, sellantes, limpieza, anestesia tópica, anestesia local, rellenos para los dientes de este niño, así como para tomar una fotografía de la boca de este niño.

### **ENTIENDO y DOY MI CONSENTIMIENTO**

- He leído y comprendido este formulario de Consentimiento.
- Mis preguntas han sido respondidas en una manera satisfactoria.
- Comprendo que tengo derecho a recibir respuestas a las preguntas que pudieran surgir durante el tratamiento de este niño.
- Comprendo que no hay garantías sobre los resultados de cualquier tratamiento.
- Comprendo que estoy en la libertad de retirar en cualquier momento mi permiso para el tratamiento**
- Comprendo que este Consentimiento para tratamiento médico/dental permanecerá en vigencia hasta que yo decida que finalice.**
- Se me ha ofrecido una copia del Aviso conjunto de privacidad de Central Counties Health Centers.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre de familia o Tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha en que se firmó