



Friends of Creston Children's Dental Clinic Formulario de información del paciente

Por favor, llene por **completo** este formulario.

Nombre legal del paciente _____		Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) _____	
<small>Patient's Legal Name</small>		<small>Birth Date</small>	
Sobrenombre del paciente _____		Nombre del padre o custodio legal _____	
<small>Patient Nickname</small>		<small>Parent or Legal Guardian Name</small>	
Escuela _____	Grado _____	Edad _____	Sexo (encierre en un círculo) H M
<small>School</small>	<small>Grade</small>	<small>Age</small>	<small>Sex (circle) Male Female</small>
Domicilio _____			
<small>Home Address Calle/Apdo. Postal</small>		<small>Ciudad</small>	<small>Estado C.P.</small>
Números telefónicos: Casa (____) _____		Trabajo (____) _____ Celular (____) _____	
<small>Phone Numbers: Home</small>		<small>Work Cell</small>	
Contacto de urgencia: Nombre _____		Relación con el paciente _____ Teléfono (____) _____	
<small>Emergency Contact: Name</small>		<small>Relation to patient Phone</small>	
Etnicidad: ¿Cuál de estos grupos diría que representa mejor la raza del paciente? (Encierre uno en un círculo)			
<small>Ethnicity: Which one of these groups would you say best represents the patient's race? (Circle one)</small>			
<i>Hispana</i>	<i>Negra o Afroamericana</i>	<i>Asiática</i>	<i>Hawaiano nativo o isleño del pacífico</i>
<small>Hispanic</small>	<small>Black or African American</small>	<small>Asian</small>	<small>Native Hawaiian or Pacific Islander</small>
<i>Indio americano</i>	<i>Nativo de Alaska</i>	<i>Blanca</i>	<i>Otro</i>
<small>American Indian</small>	<small>Alaska Native</small>	<small>White</small>	<small>Other</small>
¿Cuál es el idioma principal que se habla en casa? _____			
<small>What is the primary language spoken at home?</small>			
¿Es el inglés la segunda lengua del paciente (ESL)? (Encierre en un círculo) Sí No			
<small>Is English the patient's Second Language (ESL)? (Circle) Yes No</small>			
Ingreso: ¿Cuál de éstos representa mejor el ingreso anual de su familia? (Encierre en un círculo tu opción)			
<small>Income: Which of these best represents your annual household income? (Circle one)</small>			
Menos de \$10,000		\$10,000-20,000	\$20,000-30,000 Más de \$30,000
Tamaño de la familia: ¿Cuántos menores de 21 años viven en su casa? _____			
<small>Household Size: How many children under 21 years of age live in your household?</small>			
¿Cómo supo de Creston Children's Dental Clinic? _____			
<small>How did you hear about Creston Children's Dental Clinic?</small>			

Razón de la visita: Marque cualquiera que aplique (✓)			
<small>Reason for Visit: Check any that apply (✓)</small>			
<input type="checkbox"/> Primer examen	<input type="checkbox"/> Accidente en los dientes	<input type="checkbox"/> Examen de rutina	<input type="checkbox"/> Otro (especifique)
<small>First examination</small>	<small>Accident to teeth</small>	<small>Routine exam</small>	<small>Other (specify)</small>
<input type="checkbox"/> Dolor de dientes	<input type="checkbox"/> Sangrado alrededor del diente	<input type="checkbox"/> No pude pagar la atención dental	
<small>Toothache</small>	<small>Bleeding around teeth</small>	<small>Couldn't afford dental care</small>	
<input type="checkbox"/> Dolor de boca/inflamación de rostro	<input type="checkbox"/> Aspecto de los dientes	<input type="checkbox"/> No pude conseguir una cita en otro lugar	
<small>Mouth pain/face swelling</small>	<small>Teeth Appearance</small>	<small>Couldn't get appointment anywhere else</small>	

Historia Dental Dental History	Sí Yes	No No	Por favor, explique sus respuestas
¿Es ésta la primera visita del paciente al dentista? <small>Is this the patient's first dental visit?</small> Si no, ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que visitó al dentista la última vez? <small>If no, how long has it been since the patient last saw a dentist?</small>			
¿Ha tenido el paciente alguna experiencia desagradable en un consultorio médico o dental? <small>Has the patient had any unpleasant experiences in a dental or medical office?</small>			Si su respuesta es sí, por favor explique.

¿Se cepilla el paciente los dientes y se limpia con hilo dental todos los días? Does the patient brush and floss daily?			Si su respuesta es "sí", ¿con qué frecuencia?
¿Toma el paciente un suplemento de fluoruro en casa o en la escuela? Does the patient take a fluoride supplement at home or school?			Si su respuesta es sí, ¿con qué frecuencia?
¿Toma el paciente refrescos u otras bebidas endulzadas con azúcar diariamente (Kool-aid, bebidas de fruta, Gatorade, bebidas para deportistas, bebidas energéticas)? Does the patient drink soda pop or other sugar sweetened drinks daily (Kool-aid, juice, Gatorade, sport drinks, energy drinks)?			¿Cuántas toma el paciente al día?
¿Toma el paciente leche todos los días? Does the patient drink milk daily?			¿Cuántas veces al día?
¿El dolor de dientes hizo que usted o su hijo faltaran al trabajo o a la escuela el año pasado? Has dental pain caused you or your child to miss school and/or work in the past year?			Si su respuesta es "sí", encierre su opción en un círculo - escuela trabajo ambas ¿Cuántas veces?
¿Visitó el paciente la sala de urgencias por un dolor de dientes el año pasado? Has the patient visited the ER hospital for dental pain in the last year?			¿Cuántas veces?

Médico actual del paciente _____ Dentista anterior o actual _____

Historial Médico Medical History	Sí	No	Explique las respuestas "sí" Please explain "yes" answers
¿Presenta el paciente un padecimiento médico actualmente? Does the patient have a current medical condition?			
¿Se le ha diagnosticado autismo al paciente? Has the patient been diagnosed with autism?			
¿Está tomando el paciente algún medicamento? Is the patient taking any medications?			
¿Alguna vez ha estado el paciente en hospitalización o se ha sometido a una cirugía? Has the patient ever been hospitalized or had surgery?			
¿Padece el paciente alguna alergia? Does the patient have any allergies?			
¿Es el paciente alérgico a algún medicamento? Does the patient have any allergies to drugs?			
¿Está el paciente actualmente protegido con inmunización (inyecciones) contra DPT (difteria, tosferina, tétanos) polio, sarampión, paperas, rubeola y hepatitis B? Is the patient currently protected by immunization (shots) against DPT (diphtheria, whooping cough, tetanus) polio, measles, mumps, German Measles (rubella) and Hepatitis B?			
¿Tiene el paciente alguna necesidad especial que requeriría arreglos especiales para su atención dental? Does the patient have any special needs that would require special arrangements for dental care?			

¿Tiene el paciente antecedentes o problemas con lo siguiente? Marque cualquiera que aplique (✓)

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergia al látex
Latex allergy | <input type="checkbox"/> Anemia
Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes
Diabetes | <input type="checkbox"/> Mono
Mono |
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH
AIDS / HIV | <input type="checkbox"/> Asma
Asthma | <input type="checkbox"/> Desmayos
Fainting | <input type="checkbox"/> Paperas
Mumps |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/ataques
Epilepsy/ seizures | <input type="checkbox"/> Problemas de vejiga
Bladder problems | <input type="checkbox"/> Problemas auditivos
Hearing problems | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática
Rheumatic fever |
| <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo estomacales/intestinales
Stomach/ intestinal disorders | <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento
Birth defects | <input type="checkbox"/> Problemas cardiacos
Heart problems | <input type="checkbox"/> Trastornos
Excessive bleeding |

<input type="checkbox"/> Infecciones crónicas del oído Chronic ear infections	<input type="checkbox"/> Cáncer Cancer	<input type="checkbox"/> Hepatitis Hepatitis	<input type="checkbox"/> Tuberculosis Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Infecciones crónicas de los ojos Chronic eye infections	<input type="checkbox"/> Parálisis cerebral Cerebral Palsy	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal Kidney disease	<input type="checkbox"/> Otros _____ Other
<input type="checkbox"/> Problemas de senos nasales Sinus problems	<input type="checkbox"/> Viruela Chicken pox	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática Liver disease	
<input type="checkbox"/> Garganta irritada Sore throat	<input type="checkbox"/> Convulsiones Convulsions	<input type="checkbox"/> Sarampión Measles	<input type="checkbox"/> ¿Podría la paciente estar embarazada? Could the patient be pregnant?
<input type="checkbox"/> ¿Le han dicho alguna vez que su hijo necesita antibióticos antes de un procedimiento dental? Have you ever been told that your child needs antibiotics before a dental procedure?			

Explique las respuestas "sí": _____

Please explain "yes" answers

Problemas de conducta Behavioral Issues	Explique las respuestas "sí" Please Explain "yes" answers
<p>¿Hay algo en la conducta de su hijo que debemos saber que nos ayude a proporcionarle atención dental adecuada? ___Sí ___No Anything about your child's behavior that we should know to help us provide dental care?</p>	

Seguro: ¿Cuenta con OHP u otra cobertura de seguro dental? ___Sí ___No
Insurance: Do you have OHP or other dental insurance coverage?

ID# _____

ENCIERRE en un círculo su plan dental **OHP** y proporcione una copia de la carta OHP de asignación de ID# y dental:
CIRCLE your OHP Dental Plan and provide a copy of OHP letter that gives ID# & dental assignment:

Advantage Capitol ODS

¿Está su hijo cubierto con Healthy Kids? ___Sí ___No o el Programa infantil? ___Si ___No
Is your child covered under Healthy Kids? or The Children's Program?

ID# _____ (Proporcione copia de carta de inscripción con ID#)
(Provide copy of enrollment letter with ID#)

Firma del padre/tutor _____ **Fecha** _____



Autorización de liberación de información protegida sobre salud

Al firmar este documento, usted está dando autorización al personal de Friends of Creston Children's Dental Clinic para que dé o reciba de otros profesionales de la salud o dependencias de atención a niños los expedientes de atención de salud de su hijo con objeto de proporcionales la mejora atención. Los expedientes pueden ser enviados a otro dentista, un especialista dental u otro proveedor de servicios de salud que el personal de Creston Dental pueda recomendar para el tratamiento adicional de su hijo. La información puede compartirse con una entidad a la que esté afiliado su hijo (como escuela, Head Start, etc.) para fines de mantenimiento de registros.

Nombre del paciente _____

Doy mi autorización a:

Friends of Creston Children's Dental
4701 SE Bush Street
Portland, OR 97206

para que reciba o proporcione a proveedor o entidad de servicios de salud, los expedientes de mi hijo (a) para facilitar sus necesidades de atención de salud y/o tratamientos.

Nombre del padre/tutor _____
(En letra de molde)

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Si hubiera proveedores o entidades a las que NO desea liberar los expedientes de su hijo o de los cuales No desea recibir expedientes de su hijo por favor indíquelos aquí:

HIPAA

Acuse de recibo de notificación de prácticas de privacidad

*Usted puede negarse a firmar este acuse de recibo

Nombre del paciente _____

Yo,

(Nombre del padre/tutor)

he recibido una copia de la notificación de prácticas de privacidad de Friends of Creston Children's Dental Clinic.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Para uso de la Oficina únicamente: *Intentamos tener su acuse de recibo por escrito de nuestra notificación de prácticas de privacidad, pero no lo pudimos obtener porque: __El individuo se negó a firmarlo, __Problemas de comunicación impidieron la obtención del acuse de recibo, __ Una situación de emergencia impidió que obtuviéramos el acuse de recibió, __Otro (Especifique)_____

Consentimiento de foto y liberación (opcional)

Doy autorización para que se usen fotos, video o grabaciones de audio más o de mi hijo para fines de educación, promoción de programas, incluida la promoción impresa, en audio, video y en sitios web. También estoy de acuerdo en que cualquier material escrito o de otro tipo en relación con Friends of Creston Children's Dental Clinic pueda usarse para fines de promoción.

Firma del padre o tutor _____ Fecha _____



Friends of Creston Children's Dental Clinic Formulario de consentimiento y acuerdo del tratamiento

Yo, _____, como responsable legal de _____
(Nombre del padre/tutor en letra de molde) (Nombre del hijo(a) en letra de molde)

autorizo y solicito la realización de servicios dentales infantiles. Este tratamiento puede incluir radiografías dentales, diagnóstico, aplicación de flúor tópico y otras medidas preventivas así como también restauraciones, extracciones y procedimientos ortodónticos (dentales) preventivos según lo recomienden los dentistas de Creston Dental. Entiendo que los dentistas de Creston dental usarán el tratamiento restaurativo y el manejo de conducta razonables y necesarios, lo que incluye anestésicos locales y óxido nitroso según se requiera. Entiendo y doy mi consentimiento para el tratamiento proporcionado por estudiantes en capacitación dental, higiene y asistentes dentales supervisados por dentistas con licencia oficial.

Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba servicios dentales proporcionados por Creston Dental y para que sus dentistas y otros agentes y empleados proporcionen a empleados de Creston Dental y/u organizaciones autorizadas toda la información relacionada con el historial del caso de mi hijo(a), exámenes dentales, informes escritos (y cualquier fotografía que los acompañe) con respecto al examen dental y los resultados de éste. Una organización autorizada es aquella aprobada por el programa Creston Dental.

Doy mi consentimiento y autorizo a Friends of Creston Children's Dental Clinic a presentar recibos y hacer cobranzas de seguro, reembolsos privados o de Oregon Medicaid/OHP por los servicios dentales realizados. También hago constar que entiendo y estoy de acuerdo con las condiciones arriba señaladas.

¿Es usted el tutor legal de este menor?	SÍ	NO
¿Puede firmar para tratamientos médicos?	SÍ	NO
Se me ha informado de los riesgos implicados en el tratamiento dental	SÍ	NO

Nombre de padre/tutor _____
(letra de molde)

Relación con el menor _____

Firma _____ Fecha _____

Friends of Creston Children's Dental Clinic Política de citas perdidas por el paciente

Los pacientes que no acuden a sus citas dentales interrumpen la eficiencia clínica y privan a otros pacientes de las citas necesarias. Si el paciente no acude a tres citas consecutivas, posiblemente ya no se le reciba en la clínica.

- La primera vez que un paciente no acude a su cita dental sin cancelar, se le enviará un recordatorio al padre/tutor de la Política de cita perdida por el paciente.
- La segunda vez que un paciente no acude a una cita, sin cancelar, se le envía una carta al padre/tutor del menor. La carta establece que no se deben perder las citas y que los pacientes deben llegar a tiempo. La carta también establece que si se pierde no se acude a una tercera cita, sin cancelar, el paciente será dado de baja de la clínica.
- la tercera vez que un paciente pierde una cita dental, sin cancelar, se le avisará al padre /tutor que el paciente ya no será recibido en la clínica. Se enviará una carta con esta información señalando la baja de la clínica.

He leído y entiendo la Política de citas perdidas por el paciente. Al firmar la presente acepto las condiciones de la Política de citas perdidas por el paciente.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____