

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE OKALOOSA
HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de creación: _____

Aunque el personal dental principalmente trata el área alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

- ¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora? Sí No En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____
- ¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? Sí No En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____
- ¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello? Sí No En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____
- ¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas? Sí No Por favor enumera los medicamentos: _____
- ¿Actualmente tiene algún dolor o problema dental? Sí No Si es así, por favor explique: _____

Comentarios:

¿Eres alérgico a cualquiera de los siguientes?

- Aspirina Penicilina Codeína Acrílico
 Metálico Látex Sulfamida Anastáticos locales

¿Otras alergias? Sí No En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

¿Está usted embarazada? Sí No Si es así, ¿cuándo vas a dar a luz? _____

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

SIDA / VIH positivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicina de la cortisona	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tratamientos de radiación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reciente pérdida de peso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anafilaxia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Adicción a las drogas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis B o C	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Díalisis renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Falto de aliento fácilmente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Angina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reumatismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis / gota	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia o convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alto colesterol	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Escarlatina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Válvula de corazón artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sangrado excesivo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Colmena o sarpullido	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes zoster	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Articulación artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sed excesiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipoglucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de célula falciforme	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desmayos / mareos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Latido del corazón irregular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sinusitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tos frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de riñón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Espina bífida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diarrea frecuente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Leucemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad estomacal / intestinal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hematoma fácilmente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes genital	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión arterial baja	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hinchazón de extremidades	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre de heno	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Amigdalitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dolores en el pecho	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ataque de corazón / falla	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes labial / ampollas de fiebre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tumores o crecimientos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trastorno cardíaco congénito	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Marcapasos del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	mandibulares	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlceras	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problema cardíaco / enfermedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad paratiroidea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ictericia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
TDA / TDAH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuidado psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

¿Alguna vez ha tenido alguna enfermedad grave no mencionada anteriormente? Sí No

En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

Certifico que he leído y comprendido las preguntas anteriores y que he respondido las preguntas a mi leal saber y entender. He pedido una explicación de los términos (palabras) que no conozco (si corresponde), y mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. No responsabilizaré a mi dentista ni a su personal por los errores u omisiones que pueda haber cometido al completar este formulario. También entiendo que antes de que se proporcione el tratamiento, tengo el derecho de tener los beneficios, las alternativas y los riesgos significativos asociados con este tratamiento explicados a mi satisfacción.

Firma del paciente, padre o guardián: _____

Fecha: _____



INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE

Sección I: Información del cliente

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
Fecha de nacimiento: _____ Género: M F (circule) Número de seguridad social: _____
Idioma: _____ Raza: _____
Etnicidad: Hispano No Hispano (circule)
Preferencia de comunicación (circule): Correo Celular Tel. del hogar Tel. del trabajo Otro teléfono
Correo electrónico _____ Texto Sin preferencia
Teléfono del hogar: _____ Celular: _____
¿Te gustaría recibir recordatorios de citas como mensajes de texto? Si No (circule)
Dirección: _____ Ciudad / Estado: _____ Código postal: _____
País de nacimiento: _____ Fecha de llegada a EE. UU. : _____
¿Has vivido fuera de EE. UU. durante más de 2 meses? Si No (circule) En caso afirmativo, ¿qué país? _____
¿Eres un trabajador migrante? Si No (circule) ¿Es usted un trabajador agrícola estacional? Si No (circule)
Estatus de inmigración: _____ Número de registro de extranjeros: _____
País de nacimiento de la madre: _____ País de nacimiento del padre: _____
Nivel más alto de educación (último grado completado): _____ ¿Eres un veterano militar? Si No (circule)
Tienes: ¿Medicaid? Si No ¿Seguro médico privado? Si No ¿Seguro dental privado? Si No (circule)

Sección II: Información de padres / guardianes (si el cliente tiene más de 18 años, continúe a la sección III)

Nombres de los padres / guardianes: _____
Dirección de los padres / guardianes: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Teléfono del hogar de los padres / guardianes: _____ Teléfono celular de los padres / guardianes: _____

Sección III: Contacto de emergencia

Nombre del contacto de emergencia: _____
Dirección del contacto de emergencia: _____
Teléfono del contacto de emergencia: _____

Firma: _____ Imprime tu nombre: _____

Relación con el cliente: Yo mismo Padre Guardián (circule) Fecha: _____

****Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que el Departamento de Salud de la Florida en el Condado de Okaloosa se comunique con la(s) persona(s) que figura(n) como contacto de emergencia en este formulario.****



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA
TRATAMIENTO DENTAL**

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

El dentista ha explicado, y he entendido lo siguiente:

- la condición de los dientes de mi hijo,
- el tratamiento preferido,
- los riesgos del tratamiento, incluidos los específicos para mi hijo,
- los resultados esperados del tratamiento,
- los resultados probables del tratamiento,
- otras opciones de tratamiento y sus riesgos, y
- los riesgos de no tener ningún tratamiento.

Entiendo:

- La odontología no es una ciencia exacta.
- El dentista no puede prometer resultados.
- Es posible que se encuentren otras condiciones mientras el dentista está trabajando con los dientes de mi niño. El dentista puede necesitar o encontrar que lo mejor es cambiar el tratamiento o agregar un procedimiento.
- Algunas condiciones requieren otro tratamiento inesperado. Esto se determinará caso por caso. El más común es la necesidad de un tratamiento de conducto durante o después de un llenado rutinario. Esos tratamientos deben ocurrir cuando se notan en lugar de esperar para obtener un nuevo consentimiento.

Tuve la oportunidad de hablar con el dentista y hacer preguntas sobre los dientes de mi hijo. Me han informado sobre el tratamiento necesario, los riesgos, los beneficios y otras opciones.

Doy permiso al dentista para hacer cambios o adiciones, en su opinión profesional, según sea necesario o preferido para satisfacer las necesidades dentales de mi hijo.

Doy mi consentimiento para el tratamiento dental que figura en el plan de tratamiento adjunto, tal como se propone.

Firma del padre o guardián del cliente

Relación con el cliente

Fecha



AUTORIZACIÓN PARA QUE EL GUARDIÁN O LAS PERSONAS QUE NO SON LOS PADRES DEL PACIENTE CONSENTA A UN EXAMEN Y/O TRATAMIENTO DENTAL

Como padre o guardián legal de

_____, _____
Nombre del niño/a Fecha de nacimiento

Doy permiso para que lo(s) siguiente(s) lleve a mi hijo/a a la clínica. Las personas enumeradas a continuación pueden tomar decisiones y autorizar el tratamiento de mi hijo/a. Esto incluye, entre otros, exámenes, radiografías, limpieza, selladores, empastes, "conductos radiculares", extracción de un diente, y tratamiento de emergencia. Entiendo que algunos tratamientos pueden requerir anestesia local.

Por favor escribe sus iniciales en todos los que apliquen.

- Nadie** más puede traer a mi hijo/a a la clínica
- Okaloosa County Head Start

- _____
Persona que lleva al/a la niño/a a la clínica – debe tener 18 años o más Relación con el/la niño/a
- _____
Persona que lleva al/a la niño/a a la clínica – debe tener 18 años o más Relación con el/la niño/a
- _____
Persona que lleva al/a la niño/a a la clínica – debe tener 18 años o más Relación con el/la niño/a
- _____
Persona que lleva al/a la niño/a a la clínica – debe tener 18 años o más Relación con el/la niño/a

Padre/Guardián: _____
(Circule cual) (Imprime)

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

Firma del padre/guardián Fecha Firma del testigo Fecha

ACTUALIZAR

Firma del padre/guardián Fecha Firma del testigo Fecha

RETIRADA DEL CONSENTIMIENTO

Yo _____ retiro este consentimiento, efectivo _____.
Firma del padre/guardián Fecha



PÓLIZA DE NO PRESENTARSE

Somos una de las pocas clínicas dentales en el Condado de Okaloosa que atiende a niños con Medicaid. Más niños necesitan cuidado dental que tenemos espacio para ver. Cuando los niños llegan tarde o no acuden a su cita, se pierde el tiempo. Otro niño podría haber usado ese tiempo para obtener la atención dental que necesitaban. Nuestra clínica tiene una Póliza de No Presentarse para asegurarse de que nuestros clientes puedan obtener las citas dentales que necesitan.

Póliza de No Presentarse

- Si no acude a su cita, se ha perdido la cita. Para cancelar una cita, llame a la clínica al (850) 689-5593. Puedes dejar un mensaje.
- Llame a la clínica por lo menos 24 horas antes de su cita si necesitas cancelar su cita. Si su cita es el martes a las 10 de la mañana, debes llamarnos el día anterior (lunes) a las 10 de la mañana. Esto nos permite programar citas para otros niños que necesitan cuidado dental.
- Llegue a tiempo a la cita dental. Es posible que tengamos que reprogramar su cita si llegas tarde. Una reprogramación tardía es una cita perdida.
- Si tienes dos (2) citas perdidas, su hijo/a no podrá programar una cita por seis (6) meses. Después de seis meses, puedes llamar para programar una cita nuevamente.
- Si un cliente tiene dos (2) citas perdidas adicionales, serán despedidos del programa dental. Tendrás que buscar otra clínica dental. Enviaremos los registros dentales al nuevo dentista de su hijo/a cuando recibamos una solicitud por escrito.
- Recibirá un recordatorio por teléfono y/o texto para la cita de su hijo/a. Si su número de teléfono cambia en cualquier momento, avísenos.

Queremos que su hijo/a tenga la mejor atención dental. Trabajamos duro para que la atención dental esté disponible para todos los niños. Llámenos si su nuevo número de teléfono cambia en cualquier momento.

He leído y entiendo esta póliza. Tuve la oportunidad de hacer preguntas y mis preguntas sobre esta póliza han sido respondidas. Entiendo que si no me presento a las citas dentales, perderé la capacidad de programar citas o ser expulsado del programa dental.

Firma del representante del cliente

Relación del representante con el cliente o mí mismo

Fecha



INICIO DE LOS SERVICIOS

PARTE I CONSENTIMIENTO PARA EL INICIO DE LA RELACIÓN ENTRE CLIENTE Y PROVEEDOR

Nombre del cliente: _____

Nombre de la Agencia: _____

Dirección de la Agencia: _____

Doy mi consentimiento para iniciar la relación entre cliente y proveedor. Autorizo al personal del Departamento de Salud (Department of Health) y a sus representantes a proporcionar la atención médica de rutina. Entiendo que la atención médica de rutina es confidencial y voluntaria, y puede implicar consultas médicas, incluyendo, obtención de mi historia médica, evaluaciones, exámenes médicos, administración de medicamentos o análisis de laboratorio o procedimientos menores. Puedo terminar con esta relación en cualquier momento.

_____ Al poner mis iniciales en este renglón, reconozco que he recibido una Hoja informativa de consentimiento informado sobre telesalud y que doy mi consentimiento para que se ofrezcan algunos servicios a través de telesalud. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, lo que discontinuará el uso de los servicios de telesalud sin afectar mi derecho a la atención o al tratamiento futuros.

PARTE II CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN (Solo para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica).

Para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, doy mi consentimiento para que se use y se revele mi información de salud, incluyendo información médica, dental, sobre VIH/SIDA, ETS, TB y prevención de trastornos por abuso de sustancias, información psiquiátrica/psicológica y de administración de casos. Además, doy mi consentimiento para que mi información médica se comparta en el Health Information Exchange (intercambio de información médica, HIE), lo que permite el acceso a los consultorios médicos, hospitales, coordinadores de atención, laboratorios, centros de radiología y otros proveedores de atención médica participantes a través de medios electrónicos seguros. Si elige no compartir su información en el HIE, puede optar por no participar si pide y firma un formulario de exclusión del HIE.

PARTE III CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN PARA REVELAR Y SOLICITUD DE PAGO DEL PACIENTE DE MEDICARE (Solo aplica a clientes de Medicare).

Yo, el cliente/representante que firma abajo, certifico que la información que di en la solicitud de pago según el Título XVIII de la Ley de Seguro Social es correcta. Autorizo a la agencia de arriba a revelar mi información médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios/aseguradoras para este u otros reclamos relacionados con Medicare. Solicito que se paguen los beneficios autorizados en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por servicios médicos a la agencia mencionada arriba y la autorizo a presentar el reclamo ante Medicare para el pago.

PARTE IV CESIÓN DE LOS BENEFICIOS (Solo aplica a pagadores externos).

Yo, el cliente/representante que firma abajo, cedo a la agencia mencionada arriba todos los beneficios que reciba de cualquier plan de atención médica o póliza de gastos médicos. La cantidad de esos beneficios no debe superar los cargos médicos establecidos en la lista de tarifas aprobadas. Todos los pagos cubiertos en este párrafo deben hacerse a la agencia indicada arriba. Entiendo que soy personalmente responsable de los gastos que no cubra esta cesión.

PARTE V OBTENCIÓN, USO O REVELACIÓN DEL NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL

(Este aviso se entrega según la Sección 119.071(5)(a) de los Estatutos de Florida).

Para los programas de atención médica, el Departamento de Salud de Florida puede recopilar su número del Seguro Social con fines de identificación y facturación, según se autoriza en las subsecciones 119.071(5)(a)2.a y 119.071(5)(a)6 de los Estatutos de Florida. Firmando abajo, doy mi consentimiento para que se recopile, use o revele mi número del Seguro Social únicamente con fines de identificación y facturación. No podrá usarse con ningún otro fin. Entiendo que el Departamento de Salud de Florida debe recopilar los números del Seguro Social para cumplir las obligaciones y las responsabilidades que exige la ley.

PARTE VI SI FIRMO ABAJO, CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN DE ARRIBA ES CORRECTA Y CONFIRMO QUE RECIBÍ EL AVISO DE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD

Firma del cliente o su representante

Relación propia o del representante con el cliente

Fecha

Testigo (opcional)

Fecha

PARTE VII REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, _____ REVOCO ESTE CONSENTIMIENTO, vigente a partir del _____
Firma del cliente o su representante Fecha