



Historial Dental y Médica de su Niño(a)

Nombre del Paciente: Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial _____ Apodo: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Nombre de los padres o tutores: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección: Apartado postal o dirección completa _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono: () _____ () _____ Sex: M F No conforme al genero

Casa _____ Trabajo _____

¿Usted (el padre / tutor) o el paciente ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o problemas?
 1. Tuberculosis activa, 2. Tos persistente de más de tres semanas de duración, 3. Tos que produce sangre? Sí No No Se
Si responde afirmativamente a cualquiera de las tres preguntas anteriores, deténgase y envíe este formulario a la recepcionista.

¿Ha tenido su niño(a) algún antecedente o condición relacionada con alguno de los siguientes?

<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Vacunas	<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Tiroides
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Desmayos Problemas de crecimiento	<input type="checkbox"/> Riñones	<input type="checkbox"/> Embarazo (adolescente)	<input type="checkbox"/> Uso de Tabaco y/o drogas
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Varicela Sinusitis	<input type="checkbox"/> Corazón	<input type="checkbox"/> Alergia al látex	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Vejiga	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Hígado	<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas
<input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos	<input type="checkbox"/> Dolores de Oído	<input type="checkbox"/> VIH/ SIDA	<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> Célula Falciforme	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Huesos / Articulaciones			<input type="checkbox"/> Mononucleosis	<input type="checkbox"/> /Anemia Falciforme	

Indique el nombre y el número de teléfono del médico del niño: Medico: _____ Teléfono: _____
 Fecha del último examen físico: _____

Historial Médico y Dental del Niño/Niña

	Si	No
1. ¿Está tomando el niño(a) algún medicamento recetado y / o sin receta, o suplementos de vitaminas en este momento? Si es así, por favor menciónelos: _____	1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es alérgico su niño(a) a algún medicamento, como, penicilina, antibióticos u otras drogas? Si es así, explíquelo por favor: _____	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Es alérgico el niño(a) a ciertos alimentos? Si es así, explíquelo por favor: _____	3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Cómo describiría los hábitos alimenticios del niño(a)? _____	4. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha tenido el niño(a) alguna enfermedad grave en el pasado? Si es así, cuando: _____ Describa la enfermedad: _____	5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Alguna vez ha estado su niño(a) hospitalizado? _____	6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene el niño(a) un historial de otras enfermedades? En caso afirmativo, enumere: _____	7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha recibido el niño(a) anestesia general? _____	8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tiene el niño(a) algún problema de salud hereditario? _____	9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Tiene el niño(a) dificultades para hablar? _____	10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Ha recibido el niño(a) transfusión de sangre? _____	11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Está el niño(a) física, mental o emocionalmente afectado? _____	12. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Sangra excesivamente su niño(a) cuando se corta? _____	13. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Está el niño(a) siendo tratado actualmente por alguna enfermedad? _____	14. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Es esta la primera visita del niño(a) al dentista? Si no, ¿cuál fue la fecha de la última visita al dentista? Fecha: _____	15. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Ha tenido el niño(a) algún problema con el tratamiento dental en el pasado? _____	16. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Le han tomado radiografías dentales a su niño(a)? Si es así, Cuando?: _____	17. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Alguna vez el niño(a) ha sufrido alguna lesión en la boca, la cabeza o los dientes? _____	18. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Ha tenido el niño(a) algún problema con la erupción de dientes permanentes o el desprendimiento de dientes de leche? _____	19. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Ha recibido el niño(a) tratamiento de ortodoncia? _____	20. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Qué tipo de agua bebe su hijo(a)? <input type="checkbox"/> Agua de la ciudad (De la llave) Agua de pozo <input type="checkbox"/> Agua embotellada <input type="checkbox"/> Agua filtrada	21. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Toma el niño(a) suplementos de fluoruro?? _____	22. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. ¿Usa pasta dental con fluoruro? _____	23. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. ¿Cuántas veces al día se cepilla los dientes su niño(a)? _____ ¿Cuándo en el día se cepilla los dientes? _____	24. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ¿Usa el hilo dental su niño(a)? Si es así, con qué frecuencia: _____	25. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿A qué edad dejó su niño(a) el biberón? Edad: _____ ¿Cuándo dejó de amamantar a su niño(a)? _____ Años	26. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. ¿Participa su niño(a) en algún deporte? _____ ¿Cuál _____	27. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. ¿Se chupa los dedos su niño(a) o usa chupón? _____	28. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. ¿Cuál es el motivo de su visita hoy? _____	29. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. ¿Con qué frecuencia visita su niño(a) al dentista? _____	30. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Nombre de su dentista anterior: _____	31. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: se recomienda tanto al médico/dentista como al paciente que analicen todos los problemas de salud relevantes del paciente antes del tratamiento.
 Certifico que he leído y entiendo lo anterior. Reconozco que mis preguntas, si las hubiera, sobre las consultas establecidas anteriormente han sido respondidas a mi satisfacción. No responsabilizaré a mi dentista ni a ningún otro miembro de su personal por ninguna acción que tomen o que no tomen debido a errores u omisiones que

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha _____
 Para completar por dentista
 Comentarios: _____

GENERAL DENTISTRY INFORMED CONSENT

Dentist: _____

Patient: _____

1. **WORK TO BE DONE:** I understand that I am having the following work done [Indicate all services being provided]: Fillings () Bridges () Crowns (), X-rays () Extractions () Impacted teeth removal () Root Canals () Dentures () Other () _____.

Patient Initials _____

2. **DRUGS AND MEDICATION:** I understand that antibiotics, analgesics and other medications may cause allergic reactions causing redness and swelling of tissue, pain, itching, vomiting, and/or anaphylactic shock. I have advised my dentist of any and all medications I am currently taking, including but not limited to prescription medications, over-the-counter medications, herbal remedies, and alternative medications. I further understand that failure to advise my dentist of any medications I am taking prior to starting dental work may have unforeseen negative consequences for me.

Patient Initials _____

3. **CHANGES IN TREATMENT PLAN:** I understand that during treatment it may be necessary to change or add procedures because of conditions found while working on the teeth that were not discoverable during previous examinations. For example, root canal therapy may be necessary following routine restorative procedures. I give my permission to my dentist to make any/all changes and additions as necessary.

Patient Initials _____

4. **REMOVAL OF TEETH:** Alternatives to removal have been explained to me (root canal therapy, crowns, periodontal surgery, etc.), and I authorize the dentist to remove the following teeth: _____, and any others necessary for reasons in paragraph #3. I understand removing teeth does not always remove all the infection, if present, and it may be necessary to have further treatment. I understand the risks involved with extraction, some of which are pain, swelling, spread of infection, dry socket, and loss of feeling in my teeth, lips, tongue and surrounding tissue (Paresthesia) that can last for an indefinite period of time, and fractured jaw. I understand I may need further treatment by a specialist if complications arise during or following treatment, the cost for which is my responsibility.

Patient Initials _____

5. **CROWNS, BRIDGES AND CAPS:** I understand that sometimes it is not possible to match the color of natural teeth exactly with artificial teeth. I further understand that I may be wearing temporary crowns, which may come off easily and that I must be careful to ensure that they are kept on until the permanent crowns are delivered. I realize the final opportunity to make changes in my new crowns, bridge, or cap (including shape, fit, and color) will occur only before final cementation. It is also my responsibility to return for permanent cementation within 21 days from initial tooth preparation. Excessive delays may allow for tooth movement which may necessitate a remake of the crown, bridge, or cap. In such instances, I understand that there will be additional charges for remakes due to my delaying permanent cementation.

Patient Initials _____

6. **ENDODONTIC TREATMENT (ROOT CANAL):** I realize there is no guarantee that root canal therapy will save my tooth, and that complications can occur from the treatment, and that occasionally root canal filling material may extend through the tooth which does not necessarily affect the success of the treatment. I understand that endodontic files are very fine instruments and stresses from their manufacture can cause them to separate during use. I understand that occasionally additional surgical procedures may be necessary

following root canal treatment (apicoectomy). I understand that the tooth may be lost in spite of all efforts to save it.

Patient Initials _____

7. **PERIODONTAL LOSS (TISSUE AND BONE):** I understand that if I am being treated for periodontal disease, this means I have a serious condition, causing gum and bone inflammation or loss and that it can ultimately lead to the loss of my teeth. Alternative treatment plans have been explained to me, including gum surgery, replacements and/or extractions. I understand that any dental procedure may have a future adverse effect on my periodontal condition.

Patient Initials _____

8. **FILLINGS:** I understand that care must be taken when chewing on fillings especially during the first 24 hours to avoid breakage. I understand that a more extensive filling than originally diagnosed may be required due to additional decay. I understand that increased sensitivity is a common effect of a newly placed filling.

Patient Initials _____

9. **DENTURES:** I understand the wearing of dentures is difficult. Sore spots, altered speech, and difficulty in eating are common problems associated with dentures. Immediate dentures (placement of denture immediately after extractions) may be painful. In addition, immediate dentures often require considerable adjusting and several relines. A permanent reline will be needed later. This is not included in the denture fee. I understand that it is my responsibility to return for delivery of the dentures. I understand that failure to keep my delivery appointment may result in poorly fitted dentures. If a remake is required due to my delay of 30 days or more, there may be additional charges assessed against me.

Patient Initials _____

I understand that dentistry is an inexact science and that therefore, reputable practitioners cannot properly guarantee results. I acknowledge that no guarantee or assurance has been made to me by anyone regarding the dental treatment(s) which I have requested and authorized.

I hereby authorize any of the doctors or dental assistants or auxiliaries to proceed with and perform the dental restorations and treatments indicated above and as explained to me. I understand that this is only an estimate and subject to modification depending on unforeseen or undiagnosed circumstances that may arise during the course of treatment. I understand that regardless of any dental insurance coverage I may have, I may be responsible for payment of the dental fees.

Signature of Patient: _____

Date: _____

Signature of Dentist: _____

Date: _____



Información del Paciente

Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> # Seguro Social:		FDN:	
		Mes Día Año	
Nombre:			
Primer Nombre		Segundo Nombre	Apellido

Domicilio:		Num.de Depto.	P.O. Box:
Cd.:	Estado:	Código Postal:	Teléfono:
Celular:	Email:	Mensajes en Texto? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Parte Responsable/ Aval

Nombre:			FDN:			Género: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido			Mes Día Año				
Domicilio:		Cd.:	Estado:	Código Postal:			
Relación: Yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hij@ <input type="checkbox"/> Tutor(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Otra:							
Teléfono:				Celular:			

Contacto de Emergencia

Nombre:			
Primer Nombre		Segundo Nombre	Apellido
Domicilio:		Cd.:	Estado: Código Postal:
Relación: Herman@ <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuel@ <input type="checkbox"/> Tí@ <input type="checkbox"/> Vecin@ <input type="checkbox"/> Amig@ <input type="checkbox"/> Otra:			
Teléfono:		Celular:	

Información Adicional del Paciente

Entrada Promedio en el Hogar: \$		Semanal <input type="checkbox"/> Catorcenal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>	
Número de Familiares en el Hogar:	Situación de Vivienda: Hogar <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> Otra:		
Idioma Principal: Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:		Raza: Blanca <input type="checkbox"/> Nativo Norteamericano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/>	
Asiático <input type="checkbox"/> Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> Otr@ Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Se rehusó a dar información <input type="checkbox"/>			
Etnicidad: Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Se rehusó a dar información <input type="checkbox"/>			Alguien en su familia es:
Trabajador Migrante <input type="checkbox"/> Dependiente de Trabajador Migrante <input type="checkbox"/> Trabajador Migrante Estacional <input type="checkbox"/> Dependiente de Trabajador Migrante Estacional <input type="checkbox"/>		*Un trabajador migrante es aquel que ha trabajado en la agricultura fuera de su hogar en los últimos 24 meses, y que tiene vivienda temporal. Un trabajador migrante estacional es aq ue trabaja medio tiempo en la agricultura pero que no cuenta con vivienda temporal.	
Trabajador(a) No-Agrícola <input type="checkbox"/> Refused/Unreported <input type="checkbox"/>			

Médico Principal y Farmacia

Nombre:		Domicilio:	
Primer Nombre	Apellido		
Cd.:	Estado:	Código Postal:	Teléfono: Fax:
Farmacia de Preferencia:		Teléfono:	Fax:

RESTABLECER CAMPOS

Firma

Fecha:

Firma:

Doy fe de que la información contenida en este formulario está completo y correcto.



FORMA GENERAL DE CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO MEDICO

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO: Al firmar este documento, el paciente, pariente responsable, o representante legal del mismo, voluntariamente da su consentimiento y autorización para recibir el cuidado y tratamiento médico que resulte necesario, incluyendo el examen físico y mental, los exámenes de diagnóstico, los procedimientos médicos, y los medicamentos que le sean suministrados por el personal autorizado por Borrego Health: médicos, dentistas, enfermeras y asistentes médicos, personal de enfermería, y demás personal auxiliar que se juzgue necesario o recomendable por la opinión profesional. Yo, el o la firmante de este documento, tengo entendido que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta, y reconozco que no hay garantías relacionadas con los efectos de los tratamientos para cualesquier condición médica.

EL DERECHO DE REHUSAR EL TRATAMIENTO: La parte responsable y firmante de este documento, entiende que tiene el derecho de tomar decisiones informadas sobre todo cuidado y tratamiento, y que puede hacerle preguntas al personal médico o clínico que le está brindando el servicio para que le aclare cualquier duda o concepto que no le sea entendible. Tiene también el derecho de rehusar cualquier tratamiento, y de informarle a su médico clínico de su decisión.

PROGRAMAS DE ENSEÑANZA: Borrego Health participa y contrata con instituciones de instrucción a estudiantes de medicina, internados, residentes, estudiantes de las artes curativas (enfermeras, higienistas, técnicos de radiografía, asistentes dentales), y estudiantes de posgrado. Entiendo que estos estudiantes pueden participar en el cuidado clínico, cuando éste se provea bajo la supervisión del personal profesional calificado o con licencia.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN: Autorizo a los empleados de Borrego Health y afiliados, para que provean la información de mis expedientes médicos que resulte necesaria para llenar las formas de solicitud de pago para mi cuidado clínico por parte de aseguradoras, planes de salud, y pagadores terceros (incluyendo a empleadores, planes de salud, o proveedores de compensación para trabajadores).

_____ Yo, el o la firmante, doy fe de haber recibido una **Notificación de Derechos de Privacidad** que define qué información puede ser utilizada o divulgada.

_____ Yo, el o la firmante, doy mi consentimiento para el uso de mi información como se encuentra definida en la Notificación, y entiendo que puede incluir información relacionada con el tratamiento del VIH/SIDA, con servicios de salud mental, y con el tratamiento sobre el uso de alcohol y/o las drogas.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Yo, el o la firmante, autorizo e instruyo a mi aseguradora para que haga el pago directamente a Borrego Community Health Foundation por beneficios médicos, dentales, u oculistas, que de otro modo serían pagables a mi persona o la persona responsable por mis pagos, como pago acreditado al cobro total por los servicios profesionales recibidos. Entiendo que los copagos, el coaseguro, y los servicios no cubiertos son responsabilidad mía o de la persona responsable de mis pagos.

ACUERDO FINANCIERO: Yo, el o la firmante (ya sea como paciente o representante), estoy de acuerdo en pagar los cargos incurridos con Borrego Health, en conformidad con la lista de tarifas establecida. Entiendo que si soy miembro de un Plan de Salud (HMO) y no he obtenido autorización para el pago por servicios, seré responsable por los cargos no cubiertos. También entiendo que soy responsable por pagos pendientes, y que se requiere de un depósito para los pacientes que no califican para el descuento de tarifa móvil u otros programas de beneficios públicos.

DECLARACIÓN ANTICIPADA: Adultos de los 18 años en adelante, tienen el derecho de (a) girar instrucciones para su cuidado médico en el futuro, o (b) designar a un representante que pueda hacer estas decisiones por él o ella en caso de pérdida de capacidad para hacerlo. Yo, el o la firmante, entiendo que la información sobre declaraciones anticipadas se encuentra disponible al solicitarla.

_____ Deseo mas información. _____ No deseo mas información ahora, pero puedo pedirla después.

Nombre del Paciente: _____ Representante del Paciente: _____

Firma del Paciente o Representante: _____ Fecha: _____

Testigo: _____ Fecha: _____



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Acuse de Recibo

Al firmar este formulario, reconoces haber recibido la "Notificación de Practicas de Privacidad" por parte de Borrego Health. Nuestra "Notificación de Practicas de Privacidad" ofrece información acerca de cómo podríamos utilizar y divulgar tu información medica protegida. Te recomendamos leerlo completamente.

Nuestra "Notificación de Practicas de Privacidad" se halla sujeta a cambios. Si realizamos cambios en nuestra notificación, obtendrás una copia de la notificación modificada en nuestro sitio de internet, o comunicándote con el Oficial de Privacidad o con la Clínica.

Si tienes dudas acerca de nuestra "Notificación de Practicas de Privacidad", favor de comunicarte con la Oficina de Privacidad al (619) 398-2405.

Confirmando de recibida la "Notificación de Practicas de Privacidad" de Borrego Health.

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Número de Expediente Medico: _____

Firma: _____ Fecha de firma: _____

Si firma algún alterno al paciente, indicar parentesco: _____

Nombre del Representante Legal: _____

For Office Use Only (solo para uso Oficial): Inability to Obtain Acknowledgment (Imposibilidad de Obtener la Confirmación)

The patient listed above received a copy of, and had an opportunity to review, the Notice of Privacy Practices. We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of the Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because:

- Individual refused to sign
- Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement
- An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement
- Other (Please Specify) _____

Employee Name: _____ Date: _____

Employee Signature: _____



Broken Appointment policy notice

We have more patients who need dental care than we have room in our daily schedule to provide. When a patient does not show up for their appointment or cancels too close to their scheduled time, we are unable to fill this appointment time with another patient who desperately needs dental care. This policy is our attempt to ensure that both you and our other patients receive the dental care that you need.

Broken Appointments: Patients are only allowed THREE broken appointment in a 12 month time period.

- Broken appointments are any time you are scheduled for an appointment and you do not show for that appointment.
- Late cancelations are considered broken appointments. If you need to cancel your appointment, we ask that you please call us at least 24 hours before your appointment time.
- Late arrivals are also considered broken appointments. If you do not arrive by 10 minutes after the start time of your appointment, it will be given to another patient.

If for any reason, a patient misses their appointment or cancels late for a FOURTH time within a 12 month period, they will not be scheduled for another appointment due to patient-doctor relationship has Ended. However, these patients are still welcome to receive their dental care from us on emergency only. Patients can either call us in the morning for a "same day appointment," or they may come to our clinic as a "walk-in patient." We always do our best to work our walk-in patients into the schedule as long as it does not interfere with the care of previously scheduled patients; but please understand there is no guarantee that you will receive an appointment as a "same day appointment" or "walk-in."

Patient Signature _____

Date _____

Missing or canceling appointment policy

We value you as our patient and need your cooperation with keeping appointments so that we can provide your care. Missing or late canceling an appointment means we are unable to fill this appointment time with another patient who desperately needs care. Our policy requires:

- **Timely Cancellations:** If you need to cancel or reschedule your appointment, you must give us at least 24 hours' notice. Cancellations made with less than 24 hours' notice will be considered a missed appointment.

Initials _____

- **On Time Arrivals:** If you are more than 10 minutes late to your appointment, we will give your appointment away to another patient. This will be considered a missed appointment.

Initials _____

- **Compliance:** Patients are only allowed THREE missed appointment in a 12 month period. After the FOURTH missed appointment, you will not be scheduled appointments, but are welcome to use our clinic as a "walk-in" patient.

Initials _____

Your help in keeping your appointments enables us to provide better and timelier care for all our patients.

Signing below certifies, I the patient or guardian have been notified and understand the Broken appointment policy and agree to the terms.

Patient or Parent/Guardian Signature _____

Date _____