

Nosotros proveemos a nuestros pacientes la oportunidad de participar en nuestro sistema de comunicaciones en el internet. Algunas de las características incluyen la habilidad de:

- Solicitar citas en el internet.
- Confirmar citas por correo electrónico.
- Recibir recordatorios de citas por mensaje de texto.
- Someter estudios sobre satisfacción al paciente.
- Referir a sus amigos en internet.

Usted puede optar por ya no participar en nuestro sistema de comunicaciones en cualquier momento oprimiendo el botón de unsubscription que se encuentra en el final de cada correo electrónico o respondiendo a un mensaje de texto con la palabra “alto”. Podría haber un cargo estándar por mensaje.

Nosotros utilizaremos la información para proponerle un tratamiento experimental. Nosotros podríamos compartir su información médica (PHI)

con terceras personas que proveen servicios para children’s Dental Funzone, en la administración de sus beneficios de acuerdo con HIPPA. La ley requiere que estas personas firmen un contrato comprometiéndose a proteger la confidencialidad de su PHI. Su PHI puede ser revelada a un afiliado que practique servicios para childrens dental Funzone de West Covina en la administración de sus beneficios. Nuestros afiliados no mandan correos electrónicos o cualquier otra comunicación sin el permiso del usuario y no mandan correos con promociones.

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

Historia Medica

Ha sido su hijo/a paciente en algún hospital? Si / No
 Si es hace explique _____
 Esta su hijo/a bajo cuidado medico? Si / No
 Esta su hijo/a tomando algún medicamento? Si / No
 Si es hace explique _____
 Ha tenido su hijo/a alguna enfermedad seria ó alguna operación? Si / No
 Si es hace explique _____
 Es su hijo/a alérgico/a a alguno medicamento ó anestésico? Si / No

Tiene su hijo/a alguna de las siguientes condiciones?

Problemas del corazón	Si / No	Problemas del riñón	Si / No	Ataques/Desmayos	Si / No
Insuficiencia coronaria	Si / No	Hepatitis	Si / No	Autismo	Si / No
Coronaria en las válvulas	Si / No	Problema en los huesos	Si / No	Epilepsia	Si / No
Presión Alta	Si / No	Enfermedad del hígado	Si / No	Problemas del cerebro	Si / No
Malfuncionamiento de los huesos	Si / No	Sangrado excesivo	Si / No	Tratamiento psiquiátrico	Si / No
Válvulas cerradas	Si / No	Tuberculosis	Si / No	Enfermedades venéreas	Si / No
Fiebre Reumática	Si / No	Problemas del pulmón	Si / No	SIDA/HIV	Si / No
Fiebres reumáticas al corazón	Si / No	Tos persistente	Si / No	Problema de tiroides	Si / No
Problemas con las células	Si / No	Emphysema	Si / No	Desorden Nervioso	Si / No
Desorden sanguíneo	Si / No	Sinusitis	Si / No	ADD/ADHD	Si / No
Anemia	Si / No	Úlceras estomacales	Si / No	Discapacidad Mental	Si / No
Asma	Si / No	Diabetes	Si / No	Problemas auditivos	Si / No
Alergia al latex	Si / No	Reumatismo inflamatorio	Si / No	Desabilidad de nacimiento	Si / No
Alergia al penicilina	Si / No	(coyunturas inflamadas/ dolorosas)		El labio leporino del paladar	Si / No
		Artritis	Si / No	Nacimiento prematuro	
				Cuántas semanas? _____	Si / No

Tiene su hijo alguna alergia a los alimentos? Si es así explique _____

Tiene su hijo alguna condición no mencionada arriba? Si es así explique _____

Mujeres Adolescentes

Esta usted embarazada ó piensa estarlo? Si / No
 Esta amamantando? Si / No
 Esta tomando algún anticonceptivo oral? Si / No

Nombre del padre/guardian legal **Firma** **Fecha**

Review Medical History/Comments **Firma del Dentista** **Fecha**

ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Nombre del Paciente: _____ Masculino: _____ Femenino: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Dirección: _____ Apt# _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal _____

Numero de Teléfono: _____ Numero de trabajo: _____ Ext: _____

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ Teléfono #: _____

Celular #: _____ Correo electrónico: _____

Nombre de Madre: _____ FDN: _____ Nombre Padre: _____ FDN: _____

Doy mi consentimiento a la oficina dental para usar mi número de teléfono celular para (elija uno o los dos) llamada o texto respecto a citas, tratamiento dental, seguro, y mi cuenta. Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. Mi número de teléfono es (incluya código de área) _____ (inicial)

PERSONA RESPONSABLE DEL MENOR

Nombre: _____ Relación: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Numero de teléfono: _____ Trabajo: _____ Ext: _____

Empleador: _____ Dirección: _____

Correo electrónico: _____

SEGURO DENTAL PRIMARIO

Nombre: _____ Relación: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Empleador: _____ Dirección: _____

Grupo / Póliza: _____ Compañía de Seguros: _____

SEGURO DENTAL SECUNDARIO

Nombre: _____ Relación: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social: _____

Empleador: _____ Dirección: _____

Grupo / Póliza: _____ Compañía de Seguros: _____