

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 excepcional. 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.

I am not the legal guardian, but I have permission from the legal guardian to authorize children's dental FunZone to perform any dental care as needed.

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
 Si es así, describa _____
 Ha tomado su hijo Phen-Fen, Pondimin o Redux? Si / No
 Ha tomado su hijo Bisphosphonates? Si / No

Tiene su hijo/a alguna de las siguientes condiciones? (Por favor CIRCULE cada uno, SI o NO)

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

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

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

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 _____

Updated 03-18

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: _____ Celular #: _____ Correo electrónico: _____

Nombre de Contacto de Emergencia: _____ Teléfono #: _____

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

¿Quién tiene la custodia legal Del paciente? (Si es aplicable)

_____ Madre _____ Padre _____ Custodia legal Conjunta _____ Otro _____

Estado civil de los padres: _____ Soltero _____ Casado _____ Viudo _____ Divorciados _____ Separados

¿El paciente es Adoptado o Foster? _____ Sí _____ No (por favor proporcione documentos)

Nombre del padre / tutor legal: _____ Fecha De Nacimiento _____

Nombre del padre / tutor legal: _____ Fecha De Nacimiento _____

Dirección (si es diferente) _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Número de teléfono: _____ 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: _____