

# Historia Médico/Dental de Niños

Nombre del paciente <small>APELLIDO                      PRIMER NOMBRE                      INICIAL</small>			Apellido	Fecha de Nacimiento
Nombre del Padre/Madre o Guardián			Relación con el paciente	
Dirección <small>DIRECCIÓN POSTAL</small>		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL - ZIP
Teléfono <small>HOGAR                      TRABAJO</small>			Sexo del Paciente <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	

¿Ha tenido usted (el padre/madre o guardián) o el paciente alguna de las siguientes enfermedades o problemas?

1. Tuberculosis activa, 2. Tos persistente por más de 3 semanas, 3. Tos que produce sangre?

Si contesta que sí en alguno de los problemas anteriores, deténgase y devuelva este formulario a la recepcionista.

Ha tenido el niño historia, dificultad, o diagnóstico de alguno de los siguientes:

<input type="checkbox"/> Alergia al Látex	<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea	<input type="checkbox"/> Hígado	<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Sinusitis Crónica	<input type="checkbox"/> Vacunas
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Desórdenes de Sangrado	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Huesos/Articulaciones	<input type="checkbox"/> Problemas de Crecimiento	<input type="checkbox"/> Tiroideos	<input type="checkbox"/> Varicelas
<input type="checkbox"/> Anemia Falciforme (sickle cell)	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Diabetes (adolescentes)	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Mastoiditis	<input type="checkbox"/> Riñón	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Vejiga
<input type="checkbox"/> Corazón	<input type="checkbox"/> Corazón	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Paperas	<input type="checkbox"/> Sarampión	<input type="checkbox"/> tabaco/drogas	<input type="checkbox"/> VIH+ / SIDA	<input type="checkbox"/> Otros _____

Por favor anote el nombre y el teléfono del médico del niño:

Nombre del Médico \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

## HISTORIA DEL NIÑO

	Sí	No
1. ¿Está el niño tomando alguna medicina actualmente? Si es así, anótela: _____	1. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Es el niño alérgico a la penicilina, antibióticos o cualquier otra medicina? Si es así, explique: _____	2. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Es el niño alérgico a otras cosas, como algunos alimentos? Si es así, explique: _____	3. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Cómo describiría los hábitos de alimentación del niño? _____		
5. ¿Ha tenido el niño alguna vez una enfermedad seria? Si es así, ¿cuándo? _____ Describe por favor: _____	5. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Ha sido hospitalizado el niño? _____	6. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Tiene el niño historia de otras enfermedades? Si es así, anote: _____	7. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Ha recibido el niño anestesia general alguna vez? _____	8. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Tiene el niño algún problema hereditario? _____	9. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Tiene el niño alguna dificultad del habla? _____	10. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Ha tenido el niño una transfusión de sangre alguna vez? _____	11. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Es el niño impedido física, mental, o emocionalmente? _____	12. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Sangra el niño excesivamente al cortarse? _____	13. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Está el niño recibiendo tratamiento para alguna enfermedad? _____	14. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Es ésta la primera visita del niño al dentista? Si no es la primera visita, ¿cuándo fue la última visita al dentista? Fecha: _____	15. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Ha tenido el niño algún problema con los tratamientos dentales en el pasado? _____	16. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Le han tomado al niño alguna vez radiografías (Rayos X)? _____	17. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ¿Ha sufrido el niño alguna vez lesiones en la boca, la cabeza o los dientes? _____	18. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Ha tenido el niño algún problema con la erupción o la pérdida de los dientes? _____	19. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Ha recibido el niño algún tratamiento de ortodoncia? _____	20. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ¿Qué clase de agua bebe su niño? <input type="checkbox"/> de la ciudad <input type="checkbox"/> de pozo <input type="checkbox"/> de botella		
22. ¿Toma el niño 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 le cepillan los dientes al niño? _____ ¿Cuándo se le cepillan los dientes? _____		
25. ¿Se chupa el pulgar, los dedos o el chupón? _____	25. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. ¿A qué edad dejó el niño de usar el biberón? Edad _____ ¿De tomar el pecho? Edad _____		

NOTA: Se aconseja que tanto el doctor como el paciente hablen antes del tratamiento de todos y cada uno de los puntos importantes relacionados con la salud del paciente.

Certifico que he leído y comprendo lo anterior. Confirmando que mis preguntas, si alguna, acerca de la información pedida arriba han sido debidamente contestadas. No consideraré a mi dentista, ni a ningún otro miembro de su personal, responsable por ninguna acción que tomen o no tomen por errores u omisiones que yo haya hecho al completar este formulario.

Firma del Padre/Madre o Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Para el dentista llenar

Comentarios acerca de la entrevista con el padre/madre/guardián y el paciente en lo que concierne a la historia médica \_\_\_\_\_

Descubrimientos significativos en el cuestionario o entrevista \_\_\_\_\_

Consideraciones para el manejo dental \_\_\_\_\_

Firma del Dentista \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Reconocimiento De Practicas De Provacidad

Me han dado la oportunidad de leer y revisar el "Aviso de Prácticas de Privacidad."

Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Padre/Madre/Tutor \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## *POLITICAS DE LA CLINICA*

*Por favor lea cada una de las siguientes pólizas y devuelva esto a la oficina; Si se le solicita, se le puede dar una copia. Le pedimos que se adhiera a estas políticas para su propia seguridad, así como la seguridad de otros pacientes y el personal de la clínica.*

1. Si el paciente tiene una tarjeta de Medicaid de New Hampshire, por favor tenerlo disponible en cada visita.
2. Los niños no serán permitidos en la zona de espera sin vigilancia.
3. Sólo se permitirá al paciente en el área de tratamiento, a menos que el médico o el higienista soliciten a un padre o tutor.
4. El pago se espera en el día del servicio.

## *CITAS PERDIDAS*

*Desafortunadamente, debido a la alta tasa de citas perdidas, nuestras políticas serán ahora las siguientes:*

1. El GNDC llamará e intentará confirmar todas las citas (usualmente dos días antes). Si dejamos un mensaje, requerimos una llamada de vuelta para confirmar. Si no recibimos confirmación verbal 24 horas antes de la hora programada, LA CITA SERA CANCELADA
1. Si el GNDC intenta confirmar y cita y el número está desconectado o no disponible, y no revisamos la confirmación, LA CITA SERA CANCELADA.
2. Una vez que un paciente tuvo tres citas perdidas, para obtener una cita, debe llamar al GNDC diariamente para verificar la disponibilidad de citas futuras.
3. Si usted tiene más de 15 minutos de retraso para su cita programada, nos reservamos el derecho de reprogramar a otra fecha y hora.

*He leído y entiendo las políticas de la clínica para el The Greater Nashua Dental Connection, Inc., y acepto adherir a estas pólizas.*

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

El GNDC se reserva el derecho de rechazar el tratamiento a cualquier paciente y/o asociado que muestre o amenazada, comportamiento rebelde o violento-sin excepciones.

LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE FORMULARIO ES CONFIDENCIAL Y NO SE COMPARTE CON NINGUNA OTRA AGENCIA  
**PROGRAMA DE SUBVENCIÓN DE BLOQUES DE DESARROLLO COMUNITARIO**  
 (Actualizad 6/11)

Las regulaciones federales requieren que obtengamos esta información para documentar que se está brindando asistencia a hogares de ingresos bajos y moderados. El participante / tutor debe completar este formulario indicando todas las personas que residen dentro de su hogar, independientemente de si están relacionadas o no. El concesionario debe conservar este formulario para los requisitos de informes mensuales, así como para las visitas de monitoreo en el sitio. Esta información se utiliza para aumentar la cultura y la competencia lingüística y mejorar la capacidad de proporcionar servicios adecuados a nuestros pacientes.

**LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE FORMULARIO ES CONFIDENCIAL Y NO SE COMPARTE CON NINGUNA OTRA AGENCIA**  
INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

**ESTADO DEL PARTICIPANTE:**                       FAMILIA                       INDIVIDUAL

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

**ETNICIDAD (por favor seleccione solo uno):**

Hispano or Latino                       No Hispano or Latino

Lenguaje Primario \_\_\_\_\_

**RAZA (por favor seleccione solo uno):**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico                          | <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska y Caucásico |
| <input type="checkbox"/> Negro Africano Americanos                 | <input type="checkbox"/> Asiáticos                                    |
| <input type="checkbox"/> Blanco y Negro/Afro Americano Asiático    | <input type="checkbox"/> Asiáticos y Blanco/Caucásico                 |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo Asiático de Alaska | <input type="checkbox"/> Hawái o de otra Isla del Pacifico            |
| <input type="checkbox"/> Otro Multirracial                         |   |

**INFORMACION DEL HOGAR**

- i. Encierre en un círculo el número total de personas que viven en su hogar.  
 ii. Encierre en un círculo el nivel de ingresos para su hogar.

<i>Tamaño del hogar</i>	(0-30%)	(31-50%)	(51-80%)	(over 80%)
1	\$0 - \$23,350	\$23,351 - \$38,850	\$38,851 - \$54,950	\$54,951 +
2	\$0 - \$26,500	\$26,651 - \$44,400	\$44,401 - \$62,800	\$62,801 +
3	\$0 - \$30,000	\$30,001 - \$49,950	\$49,951 - \$70,650	\$70,651 +
4	\$0 - \$33,300	\$33,301 - \$55,000	\$55,001 - \$78,500	\$78,501 +
5	\$0 - \$36,000	\$36,001 - \$59,950	\$59,951 - \$84,800	\$84,801 +
6	\$0 - \$38,650	\$38,651 - \$64,400	\$64,401 - \$91,100	\$91,101 +
7	\$0 - \$41,300	\$41,301 - \$68,850	\$68,851 - \$97,350	\$97,351 +
8	\$0 - \$44,120	\$44,121 - \$73,300	\$73,301 - \$103,650	\$103,651 +

Marque la casilla si esta desempleado  (Por favor haga un círculo alrededor del tamaño de familia)

**Certifico que la información es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento.**

**Participante /Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_