

### HISTORIA MEDICA DEL PACIENTE

Nombre del Paciente:

Apellido

Nombre

I

Como le llaman

Nombre y Numero Telefonico del Medico General/Pediatra

Presenta el paciente buena salud en terminos generales?

Si  No

Si la respuesta es negativa, por favor explique

Tiene el paciente alguna limitacion Fisica o problema de desarrollo?

Si  No

Si la respuesta es afirmativa, por favor explique

Tiene el Paciente sus vacunas al dia?

Si  No

Ha tenido el Paciente alguna Cirugia anteriormente?

Si  No

Si la respuesta es afirmativa, por favor explique

El Paciente ha sido hospitalizado anteriormente?

Si  No

Si la respuesta es afirmativa, por favor explique

Por favor marque todo lo que aplique al paciente:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> ADD/ADHD           | <input type="radio"/> Defectos de Nacimiento | <input type="radio"/> Mareos                      |
| <input type="radio"/> Alergia -Erythro   | <input type="radio"/> Discapacidad Auditiva  | <input type="radio"/> Paladar Hendido             |
| <input type="radio"/> Alergia-Penicilina | <input type="radio"/> Discapacidad Visual    | <input type="radio"/> Paperas                     |
| <input type="radio"/> Alergia -Aspirina  | <input type="radio"/> Enfermedad del Hgado   | <input type="radio"/> Presion Sanguinea Alta/Baja |
| <input type="radio"/> Alergia-Sulfa      | <input type="radio"/> Enfermedad del Riñon   | <input type="radio"/> Problemas Cardiacos         |
| <input type="radio"/> Alergia-Latex      | <input type="radio"/> Enfermedad Sanguinea   | <input type="radio"/> Problemas de Tiroides       |
| <input type="radio"/> Alergia -Codeina   | <input type="radio"/> Epilepsia              | <input type="radio"/> Problemas Digestivos        |
| <input type="radio"/> Alergia-otra       | <input type="radio"/> Esteroides             | <input type="radio"/> Problemas Respiratorios     |
| <input type="radio"/> Anemia             | <input type="radio"/> Fiebre Reumatica       | <input type="radio"/> Protesis                    |
| <input type="radio"/> Artritis           | <input type="radio"/> Fiebre Escarlata       | <input type="radio"/> Reumatismo                  |
| <input type="radio"/> Asperger           | <input type="radio"/> Hemorragias            | <input type="radio"/> Sinusitis                   |
| <input type="radio"/> Asma               | <input type="radio"/> Hepatitis              | <input type="radio"/> Soplo Cardiaco              |
| <input type="radio"/> Autismo            | <input type="radio"/> Herpes                 | <input type="radio"/> Transfusiones Sanguineas    |
| <input type="radio"/> Cancer             | <input type="radio"/> Herpes Viral           | <input type="radio"/> Trastorno Nervioso          |
| <input type="radio"/> Convulsiones       | <input type="radio"/> Ictericia              | <input type="radio"/> Tuberculosis                |
| <input type="radio"/> Diabetes           | <input type="radio"/> Integracion Sensorial  | <input type="radio"/> Ulceras Estomacales         |
| <input type="radio"/> HIV/AIDS           | <input type="radio"/> Labio Leporino         |   |

Si su hijo(a) tiene alergias, explique que tipo de alergia es. Ejemplo: Comida, medicamento, etc.

El Paciente ha tenido Asma o Problemas Respiratorios?

- Si       No

El Paciente ha tenido que visitar la emergencia por un ataque de Asma?

- Si       No

Que produce los problemas respiratorios?

Que medicamentos para el Asma toma el paciente?

Por Favor liste todos los medicamentos que el paciente toma

El paciente presenta problemas con alguno de los siguientes sentidos?

- Lenguaje/Habla       Audicion       Vision

Usted considera que el paciente es de Aprendizaje:

- Avanzado       Promedio       Lento

Primer Idioma del paciente

Segundo Idioma del paciente

He repondido a las preguntas de este formulario, en la mayor capacidad de mi conocimiento. Entiendo que el proveer informacion medica incorrecta es peligroso para la salud de mi hijo(a) y/o paciente. Es mi reponsabilidad mantener a la oficina dental informada de cualquier cambio de salud. Autorizo al dentista a compartir informacion confidencial con terceras personas con responsabilidad financiera y otros medicos al cuidado de mi hijo(a) o paciente. Incluyendo pero no limitado al diagnostico y el historial de cualquier tratamiento o examinacion presatada a mi hijo(a) durante su cuidado dental.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## Autorizacion para compartir Informacion Confidencial con Familiares y/o Amigos

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Dia de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Eastfield Pediatric Dentistry & Orthodontics esta autorizada para compartir informacion confidencial acerca del mencionado paciente con los siguientes individuos y/o compañías. El proposito es dar informacion al paciente u otras personas segun especificaciones del paciente o representante.

**Entidad a Recibir la Informacion. MARQUE todo lo que aplique a esta autorizacion.**

\_\_\_\_\_ Dejar Informacion en correo de voz.  
\_\_\_\_\_ Dar Informacion al Esposo(a) .  
\_\_\_\_\_ Dar Informacion a la(s) siguiente(s) persona(s): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Descripcion de la informacion a ser compartida

\_\_\_\_\_ Informacion Financiera.  
\_\_\_\_\_ Facturacion/Saldos por pagar.  
\_\_\_\_\_ Resultados de Examenes y/o Radiografias.  
\_\_\_\_\_ Informacion Medica, en particular : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Otro tipo de Informacion: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Mensajes de Texto (este tipo de mensaje no es SEGURO y/o PROTEGIDO)  
\_\_\_\_\_

### Informacion del Paciente

Entiendo que estoy en mi derecho de revocar esta autorizacion en cualquier momento, asi mismo puedo inspeccionar u obtener una copia de la informacion confidencial a ser compartida segun lo establecido en este documento. Entiendo que una revocacion no aplica a los casos en los cuales la informacion ya ha sido compartida, pero aplicara de aqui en adelante.

Entiendo que la informacion compartida y utilizada como resultado de esta autorizacion puede ser expuesta por la persona que la recibe, en cuyo caso no esta protegida por la ley federal o estatal.

Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorizacion y esto no condiciona en forma alguna mi tratamiento.

Esta Autorizacion entrara en efecto hasta el momento que sea revocada por el Paciente o representante cuya firma se muestra a continuacion.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
En caso de un Representante. Potestad con la que Actua.