

Autorización para compartir Información Confidencial con Familiares y/o Amigos

Nombre del Paciente: _____ Día de Nacimiento: _____

South Lake Pediatric Dentistry esta autorizada para compartir información confidencial acerca del mencionado paciente con los siguientes individuos y/o compañías. El propósito es dar información al paciente u otras personas según especificaciones del paciente o representante.

Manera de Recibir la Información. MARQUE todo lo que aplique a esta autorización.

_____ Dejar Información en correo de voz.
_____ Enviar información por correo electrónico, proveer: * _____
_____ Enviar información por texto, proveer número telefónico: * _____

* Este tipo de mensaje no es SEGURO Y/O PROTEGIDO

Descripción de la información a ser compartida

_____ Información Financiera. Facturación/Saldos por pagar.
_____ Información Médica, en particular : _____
_____ Recordatorios de Citas Dentales.
_____ Resultados de Exámenes y/o Radiografías.
_____ Otro tipo de Información: _____
_____ Foto del Paciente tomada en la oficina. Por ejemplo antes y/o después del tratamiento.
_____ Foto del Paciente puede ser colocada en las redes sociales. Facebook, otro? Sí No

Entidad, Familiar y/o Amigo a recibir Información Confidencial

Nombre/Relación de la persona que acompaña al paciente en lugar del padre o representante

Nombre/Relación de la persona a recibir información confidencial según lo establece esta forma

Información del Paciente

Entiendo que estoy en mi derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, así mismo puedo inspeccionar u obtener una copia de la información confidencial a ser compartida según lo establecido en este documento. Entiendo que una revocación no aplica a los casos en los cuales la información ya ha sido compartida, pero aplicará de aquí en adelante.

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

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

Esta Autorización entrará en efecto hasta el momento que sea revocada por el Paciente o representante cuya firma se muestra a continuación.

Firma del Paciente o Representante

Fecha

En caso de un Representante. Potestad con la que Actúa.

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 Hígado | <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

South Lake Pediatric Dentistry
9625 Northcross Center Ct., Suite 101
Huntersville, NC. 28078
correo electronico: office@slakepd.com
Telefono (704) 997-6431

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 _____