

Continua Nombre de Paciente: _____

A tenido su hijo(a) algo de lo siguiente? (Porfavor seleccione si o no por cada condicion)

- | | | | |
|-----------------------------|---|------------------------------|---|
| Sangramiento Abnormal | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Desorden del Riñon | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Desabilidad de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Cida | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Problemas del Hgado | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Anemia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de Pulmones | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Asperger's | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Desorden Mental/Emocional | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Asma | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Distrofia Muscular | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Autismo | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Desorden Nariz/Garganta | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Cancer/ Tumores | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Premedicacion Necesaria | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | VRS(Virus respiratorio) | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Labio leporino | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Problemas Respiratorio | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Diabetis | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Celulas Falciformes | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Sindrome de down | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Traza de Celulas Falciformes | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Epilepsia/ Convulsions | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Problemas Sinusal | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Problemas del Corazon/soplo | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Problemas al Hablar | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Hemofilia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Desorden Estomacal | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Hepatitis | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Enfermedad de Tiroidis | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Discapacidad auditiva | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| | | Problemas de Vision | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

Si alguna respuesta arriba fue afirmativa porfavor explique o de mas detalles: _____

Liste todos los medicamentos actuales con receta, sin receta, y los suplementos. _____

Alergias

- Nada Penicilina/Amoxicilina Codeina Latex Ibuprofeno Anestésico

Otros(Porfavor liste): _____

Autorizacion y Liberacion: De mi conocimiento, las cuestiones de este formulario han sido contestadas con precisión. Yo soy el padre, tutor o representante personal de este paciente y tener el derecho legal para autorizar la atención médica y dental para este niño. Entiendo que el hecho de proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado de salud de mi hijo. Autorizo al dentista y el personal dental de Center for Pediatric Dentistry para realizar los servicios dentales necesarios que mi hijo pueda necesitar. Tambien autorizo al dentista y el personal dental de Center for Pediatric Dentistry para liberar cualquier información, incluyendo el diagnóstico y exámenes o tratamiento prestados a mi hijo durante el período de atención, a terceros pagadores y/o profesionales de la salud. Autorizo el uso de las radiografías y fotografías para el propósito de la enseñanza y las publicaciones científicas. Solicito que mi compañía de seguros pague directamente al dentista. Estoy de acuerdo en permanecer en el local mientras mi hijo está siendo tratado. Tengo entendido que mi compañía de seguro puede pagar menos que el efecto real de los servicios; por lo tanto, estoy de acuerdo en ser responsable del pago de todos los servicios prestados en nombre de mi hijo. También estoy de acuerdo que los gastos incurridos por este concepto para los cargos por financiamiento, acciones de cobro o de pago retrasado por mí mismo o la compañía de seguros será mi responsabilidad.

Firma de Padre/Guardian: _____ **Fecha:** _____

Imprimir Nombre de persona que firmo: _____ Relacion al paciente: _____

Esta persona tiene el derecho legal para tomar decisiones por el paciente mencionado anterior? Si No

Reviewed and signed by Dr: _____ **Date** _____

(Revisado y firmado por el Dr)