



DEPARTAMENTO DE SALUD DE VIRGINIA

Parte I Información del Paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: ____ Sexo: ____ Raza: _____

Dirección _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Teléfono/Casa: _____ Trabajo/ Emergencia: _____

Número de identificación: _____ Número de Seguro Social: _____

Padre/Tutor/Esposo/a: _____

Responsable de la casa: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Tiene el paciente *Medicaid*? Sí: ____ No: ____
(número de póliza)

¿Tiene otro Seguro/*Medicaid* HMO? _____
(compañía) (número de póliza)

¿Ya completó el paciente los papeles de calificación para servicios del departamento de salud? Sí: ____ No: ____

¿El paciente ha sido atendido en esta clínica antes? Sí: ____ No: ____ ¿El paciente recibe "Lunch Gratis"? Sí: ____ No: ____

¿Cuándo fue la última vez que el paciente visitó al dentista? _____
(fecha) (nombre del dentista/ ubicación)

¿Qué tipo de tratamiento dental le hicieron (examen, tapaduras, extracción, otros)? _____

Nombre de su médico del paciente _____
(nombre) (dirección)

Fecha de la última visita: _____ Fecha del último examen físico: _____
(fecha) (fecha)

Parte II Historia Médica

Por favor marque Sí o No

¿El paciente goza de buena salud? Sí No
si no, explique: _____

¿Esta el paciente tomando alguna medicina, drogas,
hierbas o suplementos? Sí No

Enlistelos, por favor _____

El paciente:

Consumo Alcohol Sí No

Fuma Sí No

Usa drogas Sí No

¿Es el paciente alérgico a la Penicilina? Sí No

¿El paciente tiene otras alergias Sí No

Medicinas (enliste) _____

Latex o Hule Sí No

Anestésico Dental Sí No

Alguna otra alergia _____

¿Esta la paciente embarazada? Sí No

¿Esta la paciente lactando? Sí No

Alguna vez el paciente ha padecido de

Cáncer Sí No

Leukemia Sí No

Tumor. Sí No

(fecha)

(médico/oncólogo)

(cirugía/químico/radiación)

El paciente ha tenido:

Asma Sí No

Otros problemas respiratorios Sí No

(continúa atrás)



(continuación)

DEPARTAMENTO DE SALUD DE VIRGINIA

¿El paciente usa inalador o algún medicamento para respirar? Sí No
¿El paciente tiene *HIV* o *SIDA*? Sí No

Alguna vez ha padecido el paciente de:

Enfermedad del corazón. Sí No
Reemplazo de valvula del corazón. Sí No
Embolia Sí No
Soplo del corazón. Sí No
Presión alta. Sí No
Fiebre reumática. Sí No
Diabetes Sí No
Anemia perniciosa. Sí No
Problemas de sangrado. Sí No
Anemia Sí No
Hepatitis Sí No
Tuberculosis Sí No
Bocio/Tiroides/Problemas Glandulares Sí No
Problemas del riñon Sí No

Dialisis/ Transplante Sí No
Epilepsia/Convulsiones Sí No
Artritis/Dolor en las articulaciones Sí No
Dolor en la mandíbula/TMJ Sí No
Articulación artificial/ Prótesis Sí No
Problemas de crecimiento Sí No
Defectos de nacimiento/Parto prematuro Sí No
Retrazo en el desarrollo. Sí No
Hiperactividad/ADD/ADHD. Sí No
Autismo Sí No
Parálisis cerebral Sí No
Problemas de audición/Habla Sí No
Problemas psiquiátricos/ Psicológicos Sí No
Enfermedades venereas Sí No
Drogadicción Sí No
¿Alguna vez el paciente ha presentado alguno de estos problemas en el pasado? Sí No
¿Hay algo mas que nosotros debamos saber? _____

Actualización de la Historia Medica

Fecha					
Firma					

Parte III Permiso

La informacion proporcionada en las Partes I, II y III de este documento es correcta y verdadera hasta donde yo se.

Permiso

Problemas ocasionados for el tratamiento dental son muy raros pero pueden incluir dolor e infección. El no tratar la caries dental puede ocasionar estos mismos resultados. Si la caries es muy profunda y el nervio se ve afectado, o si hay inflamacion o perdida de hueso, posiblemente sera necesario remover el nervio del diente o sacar el diente bajo anestesia local. Por favor no dude en consultar cualquier problema con el dentista encargado de la salud publica.

Yo doy mi autorización para que el dentista de salud publica realice en mi y/o en mi hijo/a, el examen dental y proporcione el tratamiento dental que considere necesario.

Fecha: _____

Firma: _____
(Paciente/Padre/Tutor)

Notificacion de Permiso Para Hacer Pruebas de HIV, HBV, y HCV

Si algun miembro de nuestro personal medico, trabajador o empleado es expuesto directamente a su sangre o sus fluidos corporales de manera que pueda adquirir alguna enfermedad, su sangre sera analizada para identificar la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV o SIDA), así como también la presencia del virus de la Hepatitis B y C. Los resultados de este analisis seran proporcionados a usted y a la otra persona involucrada por nuestro personal medico; y tambien se le brindará la orientación adecuada en caso de ser necesario.

En caso de que usted haya sido expuesto directamente a la sangre o fluidos corporales de alguno de nuestros empleados, trabajadores o personal medico de manera que pueda adquirir alguna enfermedad, la sangre de dicho empleado sera analizada para detectar la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV o SIDA) y del virus de la Hepatitis B y C. Los resultados de este analisis seran proporcionados a usted por nuestro personal medico; así como también se le brindara la orientacion adecuada en caso de ser necesario.

Fecha: _____

Firma: _____
(Paciente/ Padre/ Tutor)