Volunteer Supported, Grant & Donation Funded Dental Clinic
Serving Eligible Children in Green & Lafayette Counties in Wisconsin
411 22nd Ave, Monroe, WI 53566 | 608-328-9404

FOWLER DENTAL CLINIC

¡REGISTRO DE PACIENTES - BIENVENIDO!

Cuéntanos acerca de tu hijo: (o de usted)

Nombre del Paciente _____ Nombre Favorito: _____ sexo: M F
Apellido Nombres

Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___ edad: _____ teléfono donde reside el niño(a) _____

Domicilio: _____
Calle Ciudad Condado Estado Código postal

¿Tiene el niño(a) algún otro seguro dental? Sí / No Nombre del seguro: _____
¿Ha tenido el niño una limpieza dental reciente o fluoruro en su escuela? Si / No Fecha: _____
¿Qué adulto(s) acompañan al niño el día de hoy?
_____
Por favor, proporcione el número de identificación de la tarjeta de salud del niño(a) (Forward Health Card) :_____

Información del padre / tutor legal:

Nombre: _____
Madre Padre Guardián Padre-adoptivo otro
Domicilio: _____
_____
Teléfono de casa: _____
Teléfono móvil: _____
Teléfono del trabajo: _____
Correo electrónico: _____
¿Podemos enviarle correo electrónico? Y / N
¿Texto a teléfono? Y / N

Otro Contacto Adulto: _____
Madre Padre Guardián Padre-adoptivo Otro
Otro domicilio de contacto: _____
_____
Teléfono de casa: _____
Telefonía móvil: _____
Teléfono de trabajo: _____
Correo electrónico: _____
¿Podemos enviarle correo electrónico? Y / N
¿Texto a teléfono? Y / N

Firma en el archivo (Por favor poner iniciales)
___ Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con el tratamiento realizado a mi hijo(a). Entiendo que, y por la presente autorizo el pago a la Clínica Dental de Fowler a través de Medicad o cualquier otro seguro médico.

HIPAA (Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud) (por favor poner iniciales)
___ Entiendo y acepto que he leído y entendido la Publicación de Practica de Privacidad y que puedo recibir una copia en papel cuando lo solicite. Además, mi firma a continuación es un permiso por escrito bajo la ley de Wisconsin para el uso de los registros médicos y dentales de mi hijo para llevar a cabo tratamiento y información médica.

PERMISO/AUTORIZACIÓN: El permiso del padre o tutor legal es necesario para el tratamiento dental de un menor. La información anterior que he proporcionado es correcta a mi leal saber y entender, y entiendo que es mi responsabilidad informar a esa oficina de cualquier cambio. Autorizo al personal dental a realizar cualquier tratamiento dental necesario que mi hijo(a) necesite.

_____ _____
Firma del Padre/Tutor Legal **Fecha**

2019.04.17 JR approved

HISTORIA MÉDICA

Nombre del paciente:_____

Fecha de nacimiento:_____

Aunque el personal dental principalmente tratan el área y alrededor de su boca, su boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener, o medicamentos que esté tomando, podrían tener una importante relación con la odontología que usted recibirá. Gracias por contestar las siguientes preguntas.

¿Está usted bajo el cuidado de un médico ahora? ☐Sí ☐No En caso afirmativo, sírvase explicar:_____

¿Alguna vez ha sido hospitalizado o tenido una operación mayor? ☐Sí ☐No En caso afirmativo, sírvase explicar:_____

¿Ha tenido alguna vez una lesión grave en la cabeza o en el cuello? ☐Sí ☐No En caso afirmativo, sírvase explicar:_____

¿Está usted tomando algún medicamento, pastillas, o drogas? ☐Sí ☐No En caso afirmativo, sírvase explicar:_____

¿Toma o ha tomado, Phen-Fen o Redux? ☐Sí ☐No

¿Alguna vez a tomado Fosamax, Boniva, Actonel,o cualquier otro medicamento que contenga bifosfonatos? ☐Sí ☐No

¿Esta usted en una dieta especial? ☐Sí ☐No

¿Usa tabaco? ☐Sí ☐No

¿Usted usa sustancias controladas? ☐Sí ☐No

Mujeres. ¿Está usted embarazada o tratando de quedar embarazada? ☐Sí ☐No Toma anticonceptivos orales? ☐Sí ☐No Esta amamantando? ☐Sí ☐No

Es usted alérgico a cualquiera de los siguiente?

☐Aspirina ☐Penicilina ☐Codeína ☐Acrílico ☐Metálico ☐Látex ☐Anestésicos locales Sulfamida

☐Otros En caso afirmativo, sírvase explicar:_____

¿Tiene, o ha tenido, cualquiera de los siguientes?

SIDA / HIV Positivo	☐Sí ☐No	Cortisona	☐Sí ☐No	Hemofilia	☐Sí ☐No	Tratamiento con radiación	☐Sí ☐No
Enfermedad de Alzheimer's	☐Sí ☐No	Diabetes	☐Sí ☐No	Hepatitis A	☐Sí ☐No	Pérdida de peso reciente	☐Sí ☐No
Anemia	☐Sí ☐No	Drogadicción	☐Sí ☐No	Hepatitis B o C	☐Sí ☐No	Diálisis renal	☐Sí ☐No
Asma	☐Sí ☐No	Fácilmente pierde el aliento	☐Sí ☐No	Herpes	☐Sí ☐No	Fiebre reumática	☐Sí ☐No
Angina	☐Sí ☐No	Enfisema	☐Sí ☐No	Presión arterial alta	☐Sí ☐No	Reumatismo	☐Sí ☐No
Artritis/Gota	☐Sí ☐No	Epilepsia o convulsiones	☐Sí ☐No	Colesterol Alto	☐Sí ☐No	Escarlatina	☐Sí ☐No
Válvula del corazón artificial	☐Sí ☐No	Sangrado excesivo	☐Sí ☐No	Ronchas o erupción cutánea	☐Sí ☐No	Herpes	☐Sí ☐No
Articulación artificial	☐Sí ☐No	Sed excesiva	☐Sí ☐No	Hipoglucemia	☐Sí ☐No	Enfermedad de células falciformes	☐Sí ☐No
Asma	☐Sí ☐No	Desmayos / vértigo	☐Sí ☐No	Latido irregular del corazón	☐Sí ☐No	Problemas del seno nasal	☐Sí ☐No
Enfermedad arterial	☐Sí ☐No	Tos frecuente	☐Sí ☐No	Problemas de los riñones	☐Sí ☐No	Espina Bífida	☐Sí ☐No
Transfusión de sangre	☐Sí ☐No	Diarrea frecuente	☐Sí ☐No	Leucemia	☐Sí ☐No	Enfermedad estomacal/intestinal	☐Sí ☐No
Problemas respiratorio	☐Sí ☐No	Dolores de cabeza frecuente	☐Sí ☐No	Enfermedades del Hígado	☐Sí ☐No	Ataque fulminante	☐Sí ☐No
Cáncer	☐Sí ☐No	Glaucomas	☐Sí ☐No	Presión arterial baja	☐Sí ☐No	Hinchazón de las extremidades	☐Sí ☐No
Moretonescon facilidad	☐Sí ☐No	Herpes Genital	☐Sí ☐No	Enfermedad pulmonar	☐Sí ☐No	Enfermedad de la Tiroides	☐Sí ☐No
Quimioterapia	☐Sí ☐No	Fiebre del heno	☐Sí ☐No	Prolapso de la válvula mitral	☐Sí ☐No	Amigdalitis	☐Sí ☐No
Dolores en el pecho	☐Sí ☐No	Ataque/Falla del corazón	☐Sí ☐No	Osteoporosis	☐Sí ☐No	Tuberculosis	☐Sí ☐No
Herpes labial/Fiebre Ampollas	☐Sí ☐No	Soplo cardíaco	☐Sí ☐No	Dolor en la articulacion de la quijada	☐Sí ☐No	Tumores o crecimientos	☐Sí ☐No
Cardiopatía congénita	☐Sí ☐No	Marcapasos en el Corazón	☐Sí ☐No	Enfermedad paratiroidea	☐Sí ☐No	Úlceras	☐Sí ☐No
Convulsiones	☐Sí ☐No	Problemas/Enfermedad de' corazón	☐Sí ☐No	Atención Psiquiátrica	☐Sí ☐No	Enfermedad venérea	☐Sí ☐No
						La ictericia amarilla	☐Sí ☐No

Ha tenido alguna enfermedad grave que no figura en la lista de arriba? ☐Sí ☐No En caso afirmativo, sírvase explicar:_____

Comentarios: _____

En lo mejor de mi conocimiento, las preguntas de este cuestionario se han contestado correctamente. Entiendo que el proporcionar información incorrecta puede peligroso para mi salud (o del paciente). Es mi responsabilidad informar a la oficina dental de cualquier cambio en el estado médico.

Fecha_____

Firma del paciente, padre o tutor_____

FOWLER DENTAL CLINIC

Volunteer Supported, Grant & Donation Funded Dental Clinic
Serving Eligible Children in Green & Lafayette Counties in Wisconsin
411 22nd Ave, Monroe, WI 53566 | 608-328-9404

Política de Nombramiento Roto

¡Bienvenido a nuestra clínica! Queremos agradecerle por elegirnos como su proveedor de salud dental. Para brindarle la mejor atención posible, le solicitamos que revise nuestra política con respecto a las citas canceladas.

¿Qué es una cita rota?

Una cita se considera rota debido a cualquiera de los siguientes:

1. El paciente no acude a esa cita.
2. El paciente llega más de 15 minutos tarde a una cita.
3. El paciente cancela con menos de 24 horas de antelación.

¿Qué pasa si fallas a una cita?

Es nuestra política no excluir a los pacientes que no se presentan a su primera cita programada.

Una familia de pacientes establecida que no cumpla con más de tres citas dentro de un año será despedida de nuestra práctica y tendrá que establecerse con otro consultorio dental.

Si más de dos niños y una familia faltaron a sus citas el mismo día, no podremos programar a toda la familia en el futuro.

¿Hay alguna excepción a estas reglas?

Puede haber excepciones a nuestra política de citas rotas a nuestra discreción. Lo mejor es mantener a nuestro personal informado. Llámenos con 24 horas de anticipación o tan pronto como descubra si necesito cambiar una cita. Si su familia pierde una cita, llámenos dentro de un día para reprogramarla.

Si usted es una Familia con experiencia con nuestra práctica y es despedido, la clínica dental de Fowler, por ley, estará disponible para manejar emergencias solo durante 30 días a partir de la fecha de nuestra carta de despido. Esto le dará tiempo para encontrar un nuevo dentista para cuidar a sus hijos.

Tenga en Cuenta:

Como cortesía, hacemos todos los intentos a través de llamadas telefónicas para recordarle la próxima visita. Si su dirección o número de teléfono cambian, por favor infórmenos para que pueda continuar recibiendo nuestros recordatorios. Recuerde que usted, como parte responsable, es en última instancia responsable de las citas de su hijo y, como tal, le pedimos respetuosamente que se tome un momento para registrar una cita en su calendario o en su teléfono.

He leído y entiendo de la política de citas cancelada mencionada anteriormente:

El nombre del nino:_____ Fecha de nacimiento:_____

Firma guardiana: _____Fecha:_____

Nombre del guardián impreso:_____

FOWLER DENTAL CLINIC

Volunteer Supported, Grant & Donation Funded Dental Clinic
Serving Eligible Children in Green & Lafayette Counties in Wisconsin
411 22nd Ave, Monroe, WI 53566 | 608-328-9404

Consentimiento Para Tratar al Paciente sin la Autorización actual del Padre o Tutor Legal

Tengo el derecho legal de preautorizar la clínica dental de Fowler y su personal debe proporcionar tratamiento y servicios dentales a mi hijo. El cuidado dental puede incluir, pero no se limita a: exámenes dentales, profilaxis (limpieza), tratamientos con flúor, rayos X, empastes, espaciadores, extracciones y / o cualquier otro tratamiento que se considere necesario.

Yo_____(escriba el nombre del padre/tutor legal) solicite y autorice a la clínica dental de Fowler y su personal para que le brinden la atención dental a mi hijo que se indica a continuación, según se considere necesario, y el diagnóstico y / o tratamiento del menor.

El nombre del niño:_____**Fecha de nacimiento**_____
Alergias o medicamentos actuales: _____
_____

LIMITACIONES
Identifique cualquier limitación especifica en los tipos de servicios / tratamiento dental para los cuales se otorga esta autorización. Si no hay ninguno, indique "NINGUNO":_____
_____

INFORMACION DE CONTACTO DEL PADRE / TUTOR LEGAL PARA CUALQUIER PREGUNTA
Nombre del padre / tutor legal:
_____
Teléfono de contacto:_____Numero de teléfono alternativo:_____
Relación al menor (un circulo): Padre / Tutor Legal

Por la presente autorizo a las personas enumeradas a continuación para que lleven a mi hijo a sus citas si puedo asistir. Entiendo que el consejo médico / dental se les enviara en mi nombre. Entiendo y acepto que las firmas y las fechas de este formulario no caducaran sin una notificación por escrito o cuando un menor de edad cumpla los 18 años y que una copia de esta forma se considere valida como el original.

Nombre:_____Relacion:_____
Nombre:_____Relaction:_____
Nombre:_____Relacion:_____
Nombre:_____Relacion:_____

Imprimir Nombre:_____
Firma:_____Fecha:_____