

Fundación Dental de Oregon- Taxi de los Dientes

Formulario de Información del Paciente

Por favor **complete** este formulario. Si tienen preguntas contacte al coordinador de su escuela.

Este formulario es de 2 paginas

Nombre completo del Paciente _____ **Fecha de Nacimiento** (mm/dd/aaaa) _____

Sobrenombre _____ **Nombre del Padre/Representante Legal** _____

Nombre de Escuela _____ **Grado** _____ **Edad** _____ **Sexo** (circulo) M F

Asiste a Head Start? Si No Primera visita dental en el 1er año.

Dirección _____
Calle/ P.O. Box casilla Ciudad Estado Zip

Teléfonos: Casa (_____) Trabajo (_____)
 Cel (_____)

Contacto de Emergencia: Persona a contactar en caso de emergencia
 Nombre _____ Relación con el paciente _____ Teléfono (_____) _____

Raza: Cual de las siguientes razas representa mejor al paciente?
Blanca Negra o descendencia Africana Hispana Asiática Indio Americano
 Otro _____

Ingresos: Cual de los siguientes representa mejor el ingreso anual de su casa? (haga un circulo)
Menos de \$10,000 \$10,000-20,000 \$20,000-30,000 Más de \$30,000

Tamaño de la casa: Cuantos niños menores de 21 años viven en su casa? _____

Historia Dental	Si	No	Explique
Es esta la primera visita al dentista?			
Si no es, hace cuanto fue su última vez que visito al dentista?			
El paciente tiene que viajar más de 60 millas para su cita dental?			
Ha tenido el paciente experiencias negativas en una oficina dental o medica?			Si es si, explique
Se cepilla el paciente los dientes diariamente?			Si es si, cual es la frecuencia?
El Paciente usa seda dental?			Si es si, cual es la frecuencia?
El Paciente consume bebidas gaseosas o otra bebida rica en azúcar diariamente? (Kool-aid, jugo fruta, Gatorade, jugos deportivos)?			Cuanto consume al DIA?
El Paciente consume leche diariamente?			Cuantas veces al día?
Por causa de dolor dental, el paciente ha faltado a la escuela y/o usted faltó al trabajo?			Si es si, cuantas veces?
El Paciente ha visitado al sala de urgencias por dolor bucal dentro del año pasado?			Si es si, cuantas veces?

Razón de la visita: marque las que correspondan (✓)

- Primer Examen
 Accidente dental
 Examen de rutina
 Otro (explique)
- Dolor de dientes
 Sangramiento dental
 No pudo alcanzar el dinero _____
- Dolor bucal general/ Inflamación de la cara
 Apariencia de los dientes
 No pudo lograr una cita en otro sitio

Este formulario es de 2 paginas

Nombre del Doctor tratante _____ Nombre del dentista actual o pasado _____

Historia Medica	Si	No	Por favor explique las respuestas "Si"
Tiene el paciente alguna condición médica actual?			
El paciente ha sido diagnosticado con autismo?			
Esta el paciente tomando medicamentos?			
Ha sido el paciente hospitalizado o ha tenido alguna cirugía?			
Tiene el paciente alguna alergia?			
Tiene el paciente alergia a medicamentos?			
Esta el paciente con sus vacunas al día en contra DPT (difteria, tétano, tos ferina) polio, sarampión, paperas y rubéola?			
Tiene el paciente fuma o utiliza cualquier tipo de productos de tabaco?			
Tiene el paciente algún tipo de necesidad especial que requiera cuidado dental especial?			

Ha tenido la paciente alguna de las siguientes enfermedades o alguna dificultad? Marque la que corresponda (✓)

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergia al látex | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Mono |
| <input type="checkbox"/> Sida/VIH | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Desmayo | <input type="checkbox"/> Paperas |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones | <input type="checkbox"/> Problemas de vejiga | <input type="checkbox"/> Problemas de audición | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Sangramiento excesivo | <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento | <input type="checkbox"/> Problemas al corazón | <input type="checkbox"/> Desordenes gástricos/Intestinales |
| <input type="checkbox"/> Infecciones de oído crónicas | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Infecciones oculares crónicas | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas sinusales | <input type="checkbox"/> varicela | <input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática | Para uso radiográfico:
<input type="checkbox"/> Podría estar el paciente embarazado? |
| <input type="checkbox"/> Dolor de garganta | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sarampión | |

Por favor explique las respuestas "si": _____

Problemas de conducta	Por favor explique si la respuesta es "si"
Hay algo con respecto a la conducta de su niño que deberíamos saber para proveer un adecuado cuidado dental a su niño/a? ___ SI ___ No	

Aseguranza: Tiene cobertura dental del Plan de Salud de Oregon? ___ SI ___ No Numero de ID _____

Circule su plan dental con el Plan de salud de Oregon (OHP) y provea una copia del Medical que tenga su numero de identificación (ID), CCO y su proveedor dental:

Access Advantage Capitol Care Oregon Family Dental Managed Care ODS Willamette
 Su niño tiene cobertura con The Children's Program? ___ SI ___ No Numero de ID _____
 (Provia una copia de la carta de enrollamiento con el numero do ID)

Tiene seguro dental privado? ___ SI ___ No Si la respuesta es si, por favor complete lo siguiente con la tarjeta del seguro dental.
 Nombre del seguro dental : _____

Direccion del seguro dental: _____

Nombre del asegurado : _____ Fecha de Nacimiento del asegurado: _____

ID# _____ Empleador:: _____ Group #: _____

 Firma del Padre/Representante legal _____ Fecha _____