

# NIÑO DENTAL y MÉDICO HISTORIA

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

**¡Bienvenido!** Para poder profeerle el mejor cuidado posible, por favor complete ambos lados de este formulario de historial dental/médico.

Su hijo ha tenido las siguientes enfermedades o problemas? **Tuberculosis Activa**  SÍ  NO **Tos que produzca sangre**  SÍ  NO  
**SI SU RESPUESTA ES SÍ A CUALQUIERA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, POR FAVOR PARAR Y DEVOLVER ESTOS FORMULARIOS A LA RECEPCIONISTA.**

¿Es la primera visita dental presente de su hijo?? .....  SÍ  NO

Si es NO, Fecha de la última visita dental \_\_\_\_\_ Última Limpieza Dental \_\_\_\_\_ Últimos Rayos X Serie Completa \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) ha tenido dificultad en consultas dentales anteriores?.....  NO  SÍ Si es así, por favor describa \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) ha utilizado alguna vez aparatos de ortodoncia?.....  NO  SÍ Si es así, por favor describa \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia se lava los dientes su hijo(a)? \_\_\_\_\_ ¿Utiliza hilo dental? \_\_\_\_\_ ¿Usted le ayuda? .....  SÍ  NO

¿El agua que utiliza su hijo(a) es fluorizada? .....  SÍ  NO ¿Toma su hijo(a) suplementos de fluoruro? .....  SÍ  NO

**¿Son dientes de su hijo...?** SÍ NO SÍ NO SÍ NO

¿Sensible a caliente o fría? .....   ¿ Sensible a dulces?.....   ¿ Sensible a morder o masticar? .....

**¿Tiene su hijo haga lo siguiente...?** SÍ NO SÍ NO

¿Chuparse el dedo?.....   ¿Masticar o morder las uñas?.....

¿Morder o chupar los labios o las mejillas?.....   ¿El masticar objetos duros (i.e., lápices)?.....

¿Rechinar los dientes?.....   ¿Apretar la mandíbula?.....

¿Respirar por la boca?.....   ¿Biberón o chupete hábitos?.....

¿Los encías de su hijo duelen o sangran?.....  SÍ  NO

¿Su hijo tiene dolor o sensibilidad en la articulación de la mandíbula, oído, o del lado de la cara?.....  SÍ  NO

¿Su hijo tiene un problema de salud?.....  SÍ  NO

Si la repuesta es sí, por favor explique \_\_\_\_\_

¿ Es el niño bajo el cuidado de un médico?.....  SÍ  NO

Si la repuesta es sí, por favor explique \_\_\_\_\_

¿Está su hijo tomando algún medicamento?.....  SÍ  NO

Si la repuesta es sí, por favor explique \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha tenido enfermedades graves, hospitalizaciones o cirugías?.....  SÍ  NO

Si la repuesta es sí, por favor explique \_\_\_\_\_

¿ Le ha dicho un médico que su hijo necesita antibióticos o medicamentos previos antes del tratamiento dental?.....  SÍ  NO

¿Su hijo tiene alguna alergia o reacciones adversas a cualquier medicamento u otra sustancia(s)?.....  SÍ  NO

Si la repuesta es sí, por favor explique \_\_\_\_\_

¿Son las vacunas de su hijo actuales?.....  SÍ  NO

Indique cuál de las siguientes a su hijo ha tenido o tiene en la actualidad. Marque "SÍ" o "NO" a cada elemento.

	SÍ	NO		SÍ	NO		SÍ	NO
A.D.D./A.D.H.D.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes labial.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema pulmonar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A.I.D.S./H.I.V. Positivo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesiones cardiacas congénitas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sarampión/paperas.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mononucleosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia o convulsiones.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos neurológicos.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asperger o autismo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre del heno/alergia/urticaria.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atención psiquiátrica/psicológica.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad sanguínea.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesiones en la cabeza.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática/Fiebre escarlata.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusión de sangre.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema auditivo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia falciforme.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presenta moretones con facilidad.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía, enfermedad, ataque) al corazón ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema estomacal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer, tumores, quistes.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo cardiaco.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tonsillitis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parálisis cerebral.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis A B C (CÍRCULO QUE UNO).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quimioterapia o Radioterapia.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problema/enfermedad renal.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros (Si es sí, por favor haga una lista).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de pecho.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Látex alergia o sensitivo.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Entiendo que la información anterior es necesaria para proporcionarle a mi hijo(a) atención dental de forma segura y eficiente. He respondido a todas las preguntas a mi leal saber y entender. Si se necesitara más información, doy mi autorización para que se le pregunte a mi proveedor o agencia de atención médica correspondiente, quien puede revelarle dicha información. Notificaré al médico de cualquier cambio en la salud o medicamento de mi hijo(a).

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA/TUTOR \_\_\_\_\_  
 FECHA DE REVISIÓN HISTORIA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**PADRES:** ¿Cualquier cambio en la salud de su hijo?  
 NO  SÍ – Si la repuesta es sí, describa \_\_\_\_\_  
**DENTISTA:** La historia del paciente revisado.  
 FIRMA DEL DENTISTA (NON-EHR) \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_  
 FECHA DE REVISIÓN HISTORIA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**PADRES:** ¿Cualquier cambio en la salud de su hijo?  
 NO  SÍ – Si la repuesta es sí, describa \_\_\_\_\_  
**DENTISTA:** La historia del paciente revisado.  
 FIRMA DEL DENTISTA (NON-EHR) \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL DENTISTA (NON-EHR) \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
 FECHA DE REVISIÓN HISTORIA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**PADRES:** ¿Cualquier cambio en la salud de su hijo?  
 NO  SÍ – Si la repuesta es sí, describa \_\_\_\_\_  
**DENTISTA:** La historia del paciente revisado.  
 FIRMA DEL DENTISTA (NON-EHR) \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_



# AUTORIZACIÓN PARA AGENTE DE CONSENTIMIENTO PARA DENTAL TRATAMIENTO DE MENORES EN AUSENCIA DEL PADRE

Yo, \_\_\_\_\_, soy el padre, tutor legal o cuidador autorizado de \_\_\_\_\_.  
NOMBRE COMPLETO DEL PADRE NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE

Por la presente, en mi ausencia en Access Dental/Blue Hills Dental, doy plena autorización para \_\_\_\_\_ to:  
NOMBRE COMPLETO DEL AGENTE AUTORIZADO

- proporcionan transporte para mi niño a su / su cita con el dentista en Access Dental / Blue Hills Dental.
- firmar cualquier formulario de consentimiento que puede ser requerida por el dentista y / o Access Dental que son necesarios para hacer que cualquiera y todos los tratamientos necesarios para mi hijo.
- consentimiento para cualquier de rayos X, examen, anestesia, diagnóstico o tratamiento dental de mi hijo considere conveniente por un dentista o higienista y proporcionada por ese dentista o higienista o bajo supervisión que higienista del dentista o del.

En caso de una emergencia durante la cita, o mientras el niño está en Access Dental/Blue Hills propiedad Dental, dicho individuo tiene la autoridad para tomar decisiones en mi nombre.

Asumo toda la responsabilidad por cualquier error (s) de la acción u omisión que surge de las decisiones tomadas en mi nombre por el individuo antes mencionado.

Esta autorización se hace bajo el Código de Familia de California §6910.

---

FIRMA DEL PADRE DE FAMILIA/TUTOR

FECHA

---

FIRMA DE TESTIGO

FECHA

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ NÚMERO DE LA CARTA: \_\_\_\_\_

- 1. TRABAJO POR HACER:** Entiendo que los siguientes procedimientos se pueden realizar en mí como parte de mis tratamientos dentales: radiografías, empastes, puentes, coronas, extracciones, Impactado extracciones de piezas dentarias, endodoncias, prótesis dentales, prótesis parciales, periodontal tratamientos y otros posibles tratamientos dentales.
- 2. RELLENOS:** Rellenos son procedimientos en los que el dentista remueve la estructura del diente cariado o una restauración defectuosa y lo reemplaza con resina compuesta o amalgama de plata rellenos. Entiendo que estos procedimientos podrían causar que los dientes sean sensibles al calor y frío, así como la masticación. La mayoría de las veces, estas sensibilidades son temporales y que va a desaparecer dentro de uno (1) o dos (2) semanas. Sin embargo, hay veces en las que debido a la profundidad del relleno en el diente, la pulpa o el nervio del diente se vuelve sensible de manera irreversible. En estos casos, será necesario el diente a ser tratado para la terapia de conducto radicular y posiblemente podría requerir un poste y una corona para ser totalmente restauradas. Entiendo que el dentista no puede garantizar que los dientes que reciben los rellenos no tendrán que recibir los procedimientos adicionales antes mencionados y que será responsable de los pagos para los tratamientos adicionales necesarios para restaurar los dientes, si el procedimiento inicial de llenado no corrige el problema ..
- 3. DROGAS Y MEDICAMENTOS:** Entiendo que los antibióticos, analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, dolor, vómitos y / o shock anafiláctico (reacción alérgica grave).
- 4. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO:** Entiendo que durante el tratamiento puede ser necesario cambiar los procedimientos debido a las condiciones encontradas durante el trabajo en los dientes que no se descubrió durante el examen. Doy mi permiso al Dentista para hacer esos cambios necesarios.
- 5. EXTRACCIÓN DE DIENTES:** Alternativas a la eliminación se han explicado a mí (tratamiento de conducto, coronas y cirugía periodontal, etc.) y autorizo al dentista para eliminar los dientes señalados en el plan de tratamiento y cualesquiera otras necesarias en virtud del párrafo # 5. Entiendo que quitando los dientes no siempre remueve toda la infección, si está presente, y puede ser necesario un tratamiento adicional. Entiendo el riesgo que implica una extracción de dientes, algunos de los cuales son dolor, inflamación, diseminación de la infección, la alveolitis seca, pérdida de sensibilidad en mis dientes, labios, lengua y tejido circundante (Parestesia) que puede durar por un período indefinido de tiempo (días o meses) o la mandíbula fracturada. Entiendo que puedo necesitar tratamiento adicional por un especialista o incluso la hospitalización si surgen complicaciones durante o después del tratamiento.
- 6. ANESTESIA:** Me doy cuenta de los riesgos involucrados en la recepción de un anestésico local, algunas de las cuales son la parálisis facial, tejido inflamado, las reacciones adversas a los medicamentos que causan un paro cardíaco, aborto involuntario, hemorragia, daño a los nervios y / o entumecimiento. También entiendo en raras ocasiones los pacientes pueden tener reacciones alérgicas a la anestesia, que puede requerir atención médica de emergencia, o encontrar que la anestesia reduce la capacidad de controlar la deglución, lo que aumenta la posibilidad de tragar objetos extraños durante el tratamiento.
- 7. CORONAS Y PUENTES:** Entiendo que a veces no es posible hacer coincidir el color de los dientes naturales exactamente con los dientes artificiales. Además, entiendo que se me puede usar coronas temporales, que pueden salir fácilmente y que debo tener cuidado para asegurarse de que se mantienen hasta que las coronas permanentes se entregan, y que si yo no tengo la corona permanente (s) colocado, graves daños permanentes o la pérdida de los dientes / dientes afectados pueden derivarse, y que si me retraso colocación puedo hacer que los dientes afectados para mover haciendo que la corona permanente no encaja correctamente. También entiendo que el borde inferior de una corona es generalmente diseñado para descansar cerca de la línea de las encías, que puede aumentar el riesgo de irritación de las encías, infección o caries. El cepillado correcto y el hilo dental en casa, una dieta saludable y limpiezas profesionales regulares son esenciales para ayudar a prevenir estos problemas.
- 8. DENTADURAS - COMPLETA O PARCIAL:** I realize that full or partial dentures are artificial, constructed of plastic, metal and/or porcelain. The problems of wearing these appliances have been explained to me including looseness, soreness, and possible breakage, and relining due to tissue and bone change me doy cuenta de que las dentaduras completas o parciales son artificiales, construidas de plástico, metal y / o porcelana. Los problemas del uso de estos aparatos han sido explicados incluyendo aflojamiento, dolor, y posible rotura, y rebase debido al tejido y el hueso cambio.
- 9. TRATAMIENTO ENDODÓNTICO (ROOT CANAL):** Me doy cuenta de que no hay garantía de que el tratamiento de conducto radicular salvará mi diente, y esa complicación puede ocurrir por tratamiento. De vez en cuando un instrumento de conducto radicular se romperá en un canal de la raíz que está torcido, curvado o bloqueado con depósitos de calcio. Dependiendo de su localización, el fragmento puede ser recuperada o puede ser necesario sellar en el canal de la raíz (estos instrumentos están hechos de acero quirúrgico estéril, no tóxico, por lo que este no causa ningún daño). También puede ser necesario realizar una apicectomía para sellar el canal de la raíz. Como resultado de la presentación en el canal de la raíz, la formación incompleta de su diente, o un absceso en el extremo del diente (llamado el ápice), una abertura puede existir entre el canal de la raíz y el hueso o el tejido que rodea el diente. Esta apertura puede permitir que el material de relleno que ser forzado a salir si el canal en el hueso circundante y el tejido. Una apicectomía puede ser necesario para recuperar el material de relleno y sellado del conducto radicular. Los dientes que reciben tratamiento de conducto puede ser más propenso a agrietarse y romperse durante varios años, que en última instancia puede requerir un puente o dentadura parcial.
- 10. PERIODONTAL (TEJIDO Y HUESO) TRATAMIENTO:** Yo entiendo que tengo una enfermedad grave, causando la pérdida de las encías y la inflamación ósea o de la médula y que puede conducir a la pérdida de los dientes. Los planes de tratamiento alternativos se han explicado a mí, incluyendo la cirugía de las encías, reemplazos y / o extracciones.

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente solicito y autorizo a los dentistas y su personal, para realizar un trabajo dental sobre mí con el fin de tratar de mejorar mi apariencia, la función y la salud de la boca, los dientes, los huesos y los tejidos, como se explicó anteriormente.

El efecto y la naturaleza del procedimiento a realizar, y los riesgos involucrados, así como los posibles métodos alternativos de tratamiento han sido plenamente explicado a mí.

También autorizo al Dentista operativo y Asistentes para realizar cualquier otro procedimiento que estimen necesarias o convenientes en el intento de mejorar la condición establecida en el formulario de tratamiento de diagnóstico o el tratamiento de condiciones insalubres o imprevistos que puedan surgir durante la operación.

Yo sé que la práctica de la odontología y la cirugía no es una ciencia exacta y que los profesionales, por tanto, de buena reputación no puede garantizar adecuadamente los resultados. Reconozco que hay garantía o seguridad se ha hecho por cualquier persona en relación con el tratamiento que he solicitado en el presente documento y autorizado.

Alternativas y posibles reacciones malas han sido explicados en detalle. Las complicaciones, como infección, hemorragia y / o sangrado, cicatrices, contracción, posibles deformidades, el tiempo de curación prolongado respecto a la estimación, la reacción a alguna droga antes, durante y después de la cirugía, entumecimiento o picazón de la lengua, labios, dientes, tejidos, (parestesia), fractura de mandíbula, la articulación temporomandibular (ATM) Complicación, que podría causar dolor localizado y sistémico que requiere futuros tratamientos incluyendo cirugía articular, etc., han sido claramente explicados.

**CONSECUENCIAS DE TRATAMIENTO NO REALIZAR::** Este curso de tratamiento le ayudará a aliviar sus síntomas. Si se lleva a cabo ningún tratamiento, le seguirán experimentando síntomas, que pueden incluir dolor y / o infección, el deterioro del hueso que rodea los dientes, los cambios en la mordida, molestias en la articulación de la mandíbula y, posiblemente, la pérdida prematura de estos y otros dientes .

Se harán todos los esfuerzos razonables para asegurar que su condición es tratada adecuadamente, aunque no es posible garantizar un resultado perfecto. Al firmar a continuación, usted reconoce que ha recibido información adecuada sobre el tratamiento propuesto, que usted entienda esta información y que todas sus preguntas han sido respondidas plenamente.

**CERTIFICO QUE HE LEIDO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE EL CONSENTIMIENTO ANTERIOR PARA TRATAMIENTO DENTAL Y QUE LAS EXPLICACIONES EN EL MISMO SE REFIERE SE HICIERON. NADA YO NO ENTIENDO HA EXPLICADO A MÍ.**

---

FIRMA DEL PACIENTE/PADRE DE FAMILIA/TUTOR

FECHA

---

FIRMA DE TESTIGO

FECHA

---

FIRMA DEL DENTISTA (NON-EHR)

FECHA