

Deles a Los Niños un Sonriente

Información del paciente

Nombre _____ Inicial del Segundo _____ Apellido _____ Nombre de la escuela _____
Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ Grado en la escuela _____
Dirección _____
Calle _____ Ciudad _____ Código Postal _____
Teléfono _____ Teléfono de emergencia _____

Historia Médica Del Paciente

Hace a su niño tiene o tiene a su niño tenido:

Asma	Sí	No	Nenonia	Sí	No	
Murmuración en el Corazón	Sí	No	Dolor de cabeza o Migraña	Sí	No	
Diabetes	Sí	No	Biruela	Sí	No	
Enfermedad congestional de Corazón	Sí	No	Fiebre Reumatica	Sí	No	
Enfermedad Reumatica de Corazón	Sí	No	Presión arterial alta	Presión arterial baja	Sí	No
Problemas sangrando	Sí	No	Mononucleosis	Sí	No	
Enfermedad en el Rinon	Sí	No	Desmayos	Sí	No	
Problemas del tiroides	Sí	No	Epelepsia	Sí	No	
Anemia	Sí	No	Lucemia	Sí	No	
Cancer	Sí	No	Cansado Frequentemente	Sí	No	
Hepatitis	Sí	No	SIDA o VIH	Sí	No	
Problemas de estomago o Ulceras	Sí	No	Artritis	Sí	No	
Enfermedad en el Hígado	Sí	No	Enfermedad Transmitida Sexual	Sí	No	
La fiebre del heno / alergias	Sí	No	Dolor de Pecho	Sí	No	
Prolapsia de valvula Mitral	Sí	No	Tuberculosis	Sí	No	
Problemas Respiratorios	Sí	No	Reciente perdida de peso	Sí	No	
Incapacidades	Sí	No	Indique:			

Médico _____ Teléfono de la oficina _____ Fecho del último examen _____

1. Liste por favor todas alergias, las sensibilidades, endroge las reacciones _____
2. Tomas su niño cualquier medicina ahora? Si la respuesta es sí, lista por favor. _____
3. Está su niño bajo el tratamiento médico ahora? Si la respuesta es sí, por favor explique. _____
4. Hace su tabaco del use de niño? _____
5. Utiliza su niño sustancias controladas? _____
6. Usa su niño lentes de contacto? _____
7. Ha tenido su niño cualquier otra enfermedad o la operación graves? Si sí, por favor explique. _____
8. Hay alga más nosotros debemos saber acerca de la salud de su niño? Explique. _____
9. Ha tenido jamás su niño un trasplante del Corazón o el reemplazo de válvula de corazón? Si sí, explique. _____
10. Le tiene niño tuvo jamás una infección de Corazón? Si sí, explique. _____
11. Nació su niño con cualquier Corazón defectos o problemas con el corazón? Si sí, explique. _____
12. Ha tomado parte en jamás su niño da los niños un día de la sonrisa? Si sí, cuando y quien hizo ellos ven? _____

Vea atrás lado para más preguntas

Historia Dental Paciente

El nombre de dentista anterior o dentista familiar actual _____

Fecha del último examen _____

1. Hace sus gomas de niño sangran al cepillar o utilizar seda dental?	Si	No
2. Es usted dientes de niño sensibles a líquidos/ alimentos calientes o fríos?	Si	No
3. Son dientes de niño sensibles a líquidos/ alimentos dulces o agrios?	Si	No
4. Se siente su niño el dolor a cualquiera a sus dientes?	Si	No
5. Tiene su niño cualquier llaga o amontona en a cerca de la boca?	Si	No
6. Ha tenido su niño cualquier cabeza, el cuello, o las heridas de mandíbula?	Si	No
7. Ha experimentado su niño cualquiera del sigue los problemas en la quijada?		
Hacer clic	Si	No
Dolor (la coyuntura, la oreja, el lado de la cara)	Si	No
Dificultad abriendo o cerrando	Si	No
Dificultad mascando	Si	No
8. Tiene su niño los dolores de cabeza frecuentes?	Si	No
9. Aprieta su niño o rechina los dientes?	Si	No
10. Muerde su niño los labios o las mejillas con frecuencia?	Si	No
11. Ha recibido jamás usted las instrucciones orales de la higiene con respecto al cuidado de dientes de niño y gomas?	Si	No
12. Quiere su niño su sonrisa?	Si	No

Doy el consentimiento para mi niño tomar parte en Deles A Los Niños Un Día Sonriente conducido por el Illinois/Iowa la Sociedad Dental. Además, concuerdo en compartir información dental de niño con el coordinador de la atención de la salud oral, las oficinas dentales que toman parte en el parte en el programa, y posiblement con Community Health Care Dental Clinic en el orden para mi niño recibir el seguimiento clínico necesario.

Nombre del Padre/Guardian (Escrito) _____

Firma _____ Fecha _____

Renuncia y la Liberación

En consideración los servicios dentales gratuitos recibidos en la fecha indicada abajo, Yo, para mí y cualquier persona con el derecho a reclamar por mí, renuncio y realmente el Doctor _____ o cualquier persona actuando de su parte o patrocinando o un voluntario en este oficina, de cualquier demanda de responsabilidad que resulta di mi aceptación de dicho cuidado gratuito incluso, pero no limitado con cuidado o consejo medico o dental. Los servicios proporcionados hoy incluyen el examen, rayos X (2), limpiado y fluoruro. Otros servicios proporcionados hoy incluyen...

Mi puntualidad a mis cita es mandatario o seré despedido del programa.

Los dentistas participando en Dar Los Niños Una Sonrisa, son disponibles a nosotros para esta promoción unica y no en una base regular. Los servicios de exámenes gratuitos proporcionados hoy no constituyen la aceptación del patients(s) en la práctica del dentista. Los dentistas y su personal participando en Dar Los Niños Una Sonrisa, ofrecen su tiempo y maestría en haciendo esta una experiencia positiva para usted y sus niños.

Todos los pacientes que son vistos serán dades prioridad y cualquier servicio necesaria, será hecho por el coordinador de la atención de la salud oral, con los dentistas que participan en el programa de continuación. Consiento en cualquier otro servicio de tratamiento de continuación para ser proporcionado por un dentista que se refiere o especialista, como las parte del programa de atención durante la convalecencia y adelante renuncio y libero a cualquier tal dentista de continuación o cualquier persona que interpreta de su parte o patrocina o me ofrece en esta oficina, de todas las reclamaciones de la responsabilidad que proviene de mi aceptación de tal cuidado libre incluse, pero no limitado con cuidado médico o dental o consejo.

Doy permiso para un fotógrafo y/o otro personal de medios de noticias a sacar fotografía de mí y/o de mi niño. Entiendo que retratos y/o las entrevistas pueden ser publicadas en periódicos, pueden ser utilizadas en la radio, la television, en internet, y pueden ser la exposición a grupos de comunidad. Autorizo la liberación de todos los archivos dentales/médicos de Dar Los Niños Un Día De Sonrisa, a un dentista que se refiere o agencia implicada de este programa.

Yo he leído, o me han leído, y entiendo y estoy de acuerdo con todo lo de arriba.

Nombre del Paciente

Número de seguro social

Firma del Padre

Fecha

Por favor indique qué cobertura dental tiene su niño:

_____ Medicaid (conocido como título 19) _____ Hawk-I _____ Kid Care _____ Otro, por favor indique

Número en tarjeta _____