

# Millas de Sonrisas Clínica Dental Móvil

252-241-4492

Departamento de Salud Del Condado de Carteret \* 3820-A Bridges Street, Morehead City, NC 28557

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Medicaid ID #: \_\_\_\_\_

Telefono #: \_\_\_\_\_

Correro electronico: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

Relación y telefono #: \_\_\_\_\_

Aunque personaje dental primariamente tartan la area dentro y alreadeodor de lo boca, su boca es parte del cuerpo entero. Problemas de salud/medicamentos que tengas puede tener un efecto importante con su tratamiento dental. Gracias por contestar las siguiente preguntas.

¿Estas bajo cuido de un doctor/obstetra?	SI	No
Explica:		
¿Has estado ingresada en el hospital o tenido cirugia mayor?	SI	No
Explica:		
¿Has tenido un golpe serio a su cabeza o cuellp?	SI	No
Explica:		
¿Estas tomando algun medicamentos, pastillas o drogas?	SI	No
Explica:		
¿Estas en dieta especial?	SI	No
Explica:		
¿Usted usa tobacco en vapor o masticada?	SI	No
Explica:		
¿Cuando fue su ultima visita al dentista/limpieza	SI	No
Explica:		
MUJERES: ¿Estas embarazada/Intentando?	SI	No
MUJERES: ¿Dando pecho?	SI	No
MUJERES: ¿Tomando contraceptivos oral?	SI	No

¿Es alérgico a cualquiera de los siguientes? Circule si eres alergico a los siguiente.

Aspirina	Penicilina	Codeina	Acrilica
Metal	Latex	Drugas de Sulfa	Anestecia Local
Otras			

IDA/HIV Positivo	SI	No	Medicina Cortisona	SI	No	Hemofilia	SI	No	Tratamiento Radiacion	SI	No
Enfermedad de Alzheimers	SI	No	Diabetes	SI	No	Hepatitis A	SI	No	Perdida de Peso Recien	SI	No
Anafilaxia	SI	No	Adiccion de Drogas	SI	No	Hepatitis B / C	SI	No	Dialisis Renal	SI	No
Anemia	SI	No	Facilmente Sinuosa	SI	No	Herpes	SI	No	Fiebre Rhumatica	SI	No
Angina	SI	No	Enfisima	SI	No	Alta Presion	SI	No	Rhumatismo	SI	No
Artritis/Gota	SI	No	Epilepsia/ Convulsiones	SI	No	Colesterol Altal	SI	No	Escarlatina	SI	No
Valvula Cardiaca Artificial	SI	No	Sangrando Excesamente	SI	No	Uticaria/ Erupcion	SI	No	Herpes Zoster	SI	No
Articulacion Artificial	SI	No	Sed Excesamente	SI	No	Hipoglucemia	SI	No	Enfermedad Celula Falciforme	SI	No
Asma	SI	No	Desmayos y Mareos	SI	No	Latidos Irregular de Corazon	SI	No	Problemas de Sinusitis	SI	No
Enfermedad de Sangre	SI	No	Tos Frecuenta	SI	No	Problemas de Rinon	SI	No	Espina Bifida	SI	No
Transfucion de Sangre	SI	No	Diarrea Frecuente	SI	No	Leucemia	SI	No	Enfermedad de Estomago/ Intestinos	SI	No
Problemas para Respirar	SI	No	Dolor de Cabeza Frecuente	SI	No	Enfermeda de Hilgado	SI	No	Ataque Isquémico Transitorio	SI	No
Moretones	SI	No	Herpes Genital	SI	No	Presion Baja	SI	No	Hinchazon de las Extremidades	SI	No
Cancer	SI	No	Glaucoma	SI	No	Enfermedad del Pulmon	SI	No	Enfermedad de Tiroides	SI	No
Quimoterapia	SI	No	Fibre de Pemporada	SI	No	Prolapso de la Valvular Mitral	SI	No	Amigdalitis	SI	No
Dolor de Pecho	SI	No	Ataque de Corazon	SI	No	Osteoporosis	SI	No	Tuberculosis	SI	No
Herpes Labial/ Fiebre de Ampollas	SI	No	Soplo de Corazon	SI	No	Dolor de Mandibuja	SI	No	Tomores/ Masa	SI	No
Enfermedad de Corazon Congenital	SI	No	Marcapasos de Corazon	SI	No	Cuido Psiquiatra	SI	No	Ulceras	SI	No
Convulsiones	SI	No	Problemas de Corazon	SI	No	Reflujo de Acidez/Nauseas Matutinas	SI	No	Enfermedad Veneria	SI	No
Ictericia Amarillo	SI	No	Ansiedad/ Depresion	SI	No						

¿Has tenido otra enfermedad que no se menciona anteriormente?

Historia Dental:	Miedo de Agujas	SI	No	Nauncia	SI	No
	Experencia dental negative	SI	No	Probleas de Mandibuja	SI	No

¿Estas de acuerdo recuerdos de texto? Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Initials: \_\_\_\_\_ \*Su proveedor de telefonía celular puede cobrar tarifas por enviar mensajes de texto.

**DEBE LEER Y FIRMAR EL OTRO LADO DE ESTE DOCUMENTO**



**Millias de Sonrisas Clínica Dental Móvil**

**252-241-4492**

**Departamento de Salud Del Condado de Carteret \* 3820-A Bridges Street, Morehead City, NC 28557**

**Consentimiento para el Tratamiento Dental**

Por favor lea este formulario cuidadosamente. Cualquier termino que no entiende o si tiene alguna pregunta, por favor llame al teléfono.

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Yo doy permiso a que mi hijo(a) o dependiente reciba atención dental en la escuela, departe de la Millas de Sonrisas Clinica Dental Movil. Yo autorizo que el dentista lleve a cabo cualquier procedimiento diagnostico y tratamiento dental que el dentista piense que es necesario para proveer un cuidado dental de buena calidad para mi hijo(a) o dependiente.

El tratamiento dental incluye:

- Examen – El dentista debe ava hacer un examen oral completo que incluye, tratamiento de fluoruro y rayos x
- Sellantes – Un material en las ranuras de los dientes para protegerlos de caries
- Relleno – Blanco compuesto material que se usa para rellenar el diente después que la carie ha sido removida
- Extracción – El diente es removido cuando hay una carie demasiada grande y no se puede rectorar con un relleno
- Pulpotomis – Cuando la carie es muy grande y ya ha llegado al nervio y requiere un tratamiento especial en el nervio
- Corona de acero inoxidable – Una corona de plata es puesta encima del diente que no se puede rellenar casi siempre caries entre los dientes
- Oxido nitroso – Un sedante de gas liviano, puede ser usado para calmar a su hijo(a)

Yo entiendo que los servicios para algunas condiciones de los dientes podrian ser limitados en al alcance de cuidado y se dan con la intención de dar Alivio al dolor, hinchazón, infección o lesión.

Yo comprendo que la mayoría de los servicios proporcionados por la Millias de Sonrisas Clínica Dental Móvil, son procedimientos que se hacen rutinamente y que generalmente presentan poco riesgo al niño. Pero se me ha dado a saber, como con cualquier tratamiento dental, podria haber riesgo de tener complicaciones. Estos riesgos incluyen pero no se limitan a la posibilidad de dolor o incomodidad, hinchazón, infección, sangrado, lesión a los diente adyacentes y tejidos blanditos, causar problemas en la quijada, entumecimiento temporero o permanente y reacciones alérgicas.

Yo entiendo que en algunas ocasiones puede ser necesario hablar con el dentista personalmente antes o después de los tratamientos de mi hijo(a) o dependiente. Yo acepto estos terminus para el tratamiento y le doy el consentimiento para el cuidado dental que sea proporcionado durante la escuela en mi ausencia. Yo entiendo que este consentimiento para el tratamiento dental va mantenerse en efecto siempre y cuando mi niño(a) o dependiente es eligible para este programa. Si yo deseo que mi hijo(a) o dependiente no reciba tratamiento dental a través de la Millas de Sonrisas Clinica Dental Movil. Yo les notificare en escrito a unos de los miembros de empleados de la Millas de Sonrisas Clínica Dental Móvil.

Yo reconozco que he leído y compredo este formulario de consentimiento, que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y que se me han contestado a mi satisfacción. También reconozcoque soy el adulto responsable por el niño nombrado.

**¡FIRMA DEL PADRE O GUARDIAN SE REQUIERE PARA EL TRATAMIENTO!**

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián  
Consentimiento el tratamiento

\_\_\_\_\_  
Relación al Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha