



Historial de salud dental Nombre

Name: _____
ID No. _____
Date: _____

Encierre en un círculo la respuesta que corresponda (Si o No). Sus respuestas se considerarán de índole confidencial.

1. ¿Padece usted (PACIENTE) o ha padecido (PACIENTE) de cualesquiera de los siguientes?

Table with 2 columns of symptoms and 'Si No' response options. Symptoms include: Fiebre reumática o soplo cardíaco, Problemas del corazón o corto de respiración, Presión alta o baja, Desmayos o mareos, Derrame cerebral, Anemia o problemas de sangre, Drepanocitosis, Sangrado excesivo o le salen morados fácilmente, Transfusiones de sangre, Alergias o salpullidos, Asma, Problemas de tiroide, Problemas emocionales, Problemas neurológicos, Tuberculosis (TB) o tos persistente, Diabetes o tos persistente, Epilepsia o ataques epilépticos, Problemas de riñones o micción excesiva, Problemas de hígado o hepatitis, Enfermedades venéreas, SIDA/CRS/VIH, Cáncer, Embarazo, Trimestre 1 2 3, Coyunturas dolientes o hinchadas, Demás.

2. ¿Está usted (PACIENTE) actualmente bajo el cuidado de un doctor? Si No

De ser así, favor escribir el nombre del doctor _____

3. ¿Ha estado usted (PACIENTE) hospitalizado en el transcurso de los 2 últimos años? Si No

De ser así, ¿Por qué? _____

4. ¿Está usted (PACIENTE) actualmente tomando algún tipo de medicamento, píldoras o drogas? Si No

De ser así, favor escríbalos _____

5. ¿Es usted (PACIENTE) alérgico o ha tenido reacciones adversas a una anestesia local (novocaína), penicilina o a drogas/píldoras? Esto es, salpullido, picazón o desmayo? De ser así, favor describir _____ Si No

6. ¿Ha llegado a tener usted (PACIENTE) una reacción adversa a algún tratamiento dental en el pasado? Si No De ser así, favor describir _____

7. ¿Tiene usted (PACIENTE) actualmente dolor o problemas dentales? Si No De ser así, favor describir _____

Doy fe de que he leído y entiendo las preguntas anteriores y he respondido a las preguntas de acuerdo a lo que sé. He pedido una explicación sobre los términos (palabras) desconocidos y mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente. No haré responsable a mi odontólogo(a) o a miembro alguno de personal debido a errores o a omisiones que pude haber cometido al llenar este formulario.

Además comprendo que antes de que se me brinde el tratamiento, tengo derecho a que me expliquen satisfactoriamente los beneficios, alternativas y factores de riesgo asociados con este tratamiento.

Firma del paciente _____ Fecha _____

(Si el paciente es un niño, debe firmar uno de los padres o el guardián legal) Parentesco _____

Comentarios del odontólogo: _____

Firma del odontólogo _____ Fecha _____

Revisión y actualización del historial de salud dental:

1. Comentarios:

Paciente: _____

Odontólogo: _____

Fecha _____ Firma del paciente _____ Firma del odontólogo _____

2. Comentarios:

Paciente: _____

Odontólogo: _____

Fecha _____ Firma del paciente _____ Firma del odontólogo _____

3. Comentarios:

Paciente: _____

Odontólogo: _____

Fecha _____ Firma del paciente _____ Firma del odontólogo _____

4. Comentarios:

Paciente: _____

Odontólogo: _____

Fecha _____ Firma del paciente _____ Firma del odontólogo _____

5. Comentarios:

Paciente: _____

Odontólogo: _____

Fecha _____ Firma del paciente _____ Firma del odontólogo _____

6. Comentarios:

Paciente: _____

Odontólogo: _____

Fecha _____ Firma del paciente _____ Firma del odontólogo _____

7. Comentarios:

Paciente: _____

Odontólogo: _____

Fecha _____ Firma del paciente _____ Firma del odontólogo _____



State of Florida Department of Health

Formulario de aceptación del Aviso de prácticas de privacidad

Nombre: [redacted] N.º de ID de cliente _____

Centro/sitio/programa: Florida Department of Health, Dental Clinic _____

He recibido una copia del Formulario de Aviso de prácticas de privacidad del Departamento de Salud, DH 150-741, 09/13.

Firma: [redacted] Fecha: [redacted]
Individuo o el representante con autoridad legal para tomar decisiones de atención médica

Si firma un representante:

Nombre con letra de molde: _____ Papel: _____
(Padre, tutor legal, etc.)

Testigo: _____ Fecha: _____

Si la persona tiene un representante con autoridad legal para tomar decisiones de atención médica en nombre de la persona, el aviso debe entregarse a y la aceptación debe obtenerse del representante. Si la persona o su representante no firmaron este formulario, el personal debe documentar cuándo y cómo se les entregó el aviso, por qué no se pudo obtener la aceptación y los esfuerzos que se hicieron para obtenerla.

El Aviso de prácticas de privacidad se entregó esta persona el _____ (Fecha)

- X Reunión en persona
Envío por correo
Correo electrónico
Otro _____

Motivo por el cual la persona o su representante no firmaron este documento:

- La persona o su representante eligieron no firmar
La persona o el representante no respondieron después de más de un intento
Verificación de recepción de correo electrónico
Otro _____

Esfuerzos de buena fe: Se realizaron los siguientes esfuerzos de buena fe para obtener la firma de la persona o su representante. Documente en detalle (p. ej., fechas, horas, personas con las que se habló y resultado de los intentos) los esfuerzos que se hicieron para obtener la firma. Tiene que haberse hecho más de un intento.

- Presentaciones en persona _____
Contacto por teléfono _____
Envío por correo _____
Correo electrónico _____
Otro _____

Firma del personal: _____ Título: _____

Nombre con letra de molde: _____ Fecha: _____



State of Florida Department of Health

FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DENTAL

Por favor lea y escriba las iniciales de su nombre en cada uno de los siguientes parrafos, y lea y firme la sección al pie de esta forma

Nombre del Paciente [Redacted]

1. TRATAMIENTO A HACERSE -

Entiendo que me harán el siguiente tratamiento; Empaste___ Puentes___ Coronas___ Extracción de Dientes___ Extracción de Dientes Impactados___ Anestesia Local___ Conducto Radicular___ Otro_____

(Iniciales [Redacted])

2. FARMACOS V MEDICAMENTOS

Entiendo que los antibióticos y analgésicos y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando el enrojecimiento e inflamación de tejidos, dolor, comezón, vomito, y/o choque anafiláctico (reacción alérgica severa)

(Iniciales [Redacted])

3. CAMBIOS EN EL PLAN DE TRATAMIENTO

Entiendo que durante el tratamiento puede que sea necesario cambiar o añadir procedimientos debido a las condiciones que se encuentren mientras se da el tratamiento a mi dentadura que no hayan sido encontradas durante la examinación, siendo lo más común la terapia de conducto radicular, seguido de procedimientos restaurativos rutinarios. Doy mi permiso al Dentista para que haga cualquier/todos los cambios y añadiduras necesarias.

(Iniciales [Redacted])

4. EXTRACCION DE DIENTES

Se me han explicado las alternativas a una extracción de dientes (terapia de conducto radicular, coronas, y cirugía periodontal, etc.) y autorizo al Dentista extraerme los siguientes dientes _____ y cualquier otro(s) que sea necesario por motivos descritos en el párrafo #3. Entiendo que la extracción de dientes no siempre remueve toda la infección, si la hay, y puede que necesite tratamiento adicional. Entiendo cuáles son los riesgos de una extracción de dientes, algunos de los cuales son dolor, inflamación, propagación de infección, alveolo seco, pérdida de sensibilidad en mis dientes, labios, lengua y tejido circundante (Parestesia) que puede durar por un periodo de tiempo indefinido (días o meses), o quijada fracturada. Entiendo que puedo necesitar tratamiento adicional por un especialista o hasta ser hospitalizado si resultan complicaciones durante o después del tratamiento, y es mi responsabilidad pagar por el costo de esto.

(Iniciales [Redacted])

5. PERDIDA PERIODONTAL (TEJIDO V HUESO)

Entiendo que tengo una condición grave, que está causando inflamación o pérdida de encías y de hueso, y que puede causar la pérdida de mis dientes. Se me han explicado planes de tratamiento alternativos, incluyendo cirugía de las encías, reemplazo y/o extracciones. Entiendo que el someterse a cualquier procedimiento dental puede tener un efecto negativo en el futuro en mi condición periodontal.

(Iniciales [Redacted])

Entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, los profesionales acreditados no pueden garantizar resultados por completo. Reconozco que nadie me ha garantizado o asegurado nada respecto al tratamiento dental que he solicitado y autorizado. He tenido la oportunidad de leer esta forma y hacer preguntas. Estoy satisfecho que me han respondido a las preguntas. Doy mi consentimiento para que se lleve a cabo el tratamiento propuesto.

Firma del Paciente [Redacted] Fecha [Redacted]

Firma del Padre/Tutor si el paciente es menor de edad [Redacted] Fecha [Redacted]



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

ESTA INFORMACIÓN PUEDE SER DIVULGADA POR:

Persona/Institución: Florida Department of Health-Dental Clinic Teléfono 239-252-3514

Dirección: 3339 E. Tamiami Trl Building H Naples, FL 34112 Número de Fax: 239-252-5396

ESTA INFORMACION PUEDE SER DIVULGADA A:

Persona/Institución: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Número de Fax: _____

Otro método de comunicación: _____

INFORMACION A SER DIVULGADA: (ponga sus iniciales en la selección deseada)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Historial Clínico General, incluyendo ETS y TB | <input type="checkbox"/> Vacunas | <input type="checkbox"/> Informes de Prueba Diagnóstica (Especificar el tipo de prueba) _____ |
| <input type="checkbox"/> Notas de Progreso | <input type="checkbox"/> Planificación Familiar | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |
| <input type="checkbox"/> Historial médico y Resultados de los Exámenes Físicos | <input type="checkbox"/> Archivos Prenatales | |
| | <input type="checkbox"/> Consultas Médicas | |

Expreso aquí mi consentimiento para dar a conocer información relacionada con: (ponga sus iniciales en la selección deseada)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Resultados de examen del VIH no hechos para propósito de tratamiento | <input type="checkbox"/> Notas Psiquiatrías, Psicológicas o de Psicoterapia | <input type="checkbox"/> Historia Dental |
| <input type="checkbox"/> Expediente de Abuso de Sustancia | <input type="checkbox"/> Intervención Temprana | <input type="checkbox"/> Radiografías |
| | <input type="checkbox"/> WIC | |

PROPOSITO DE LA DIVULGACIÓN:

Continuar tratamiento médico Uso Personal Otro (especificar) _____

FECHA DE EXPIRACIÓN: Esta autorización expira (ponga fecha o acontecimiento) _____. Yo entiendo que si no especifico fecha de expiración o algún acontecimiento, esta autorización expirará en doce (12) meses a partir de la fecha en que fue firmada.

RE-DIVULGACIÓN: Entiendo que una vez que la información indicada anteriormente es revelada, ésta puede ser divulgada nuevamente por la persona/servicio que la recibió y que dicha información puede no estar protegida por las regulaciones o leyes federales de privacidad.

CONDICIONES: Yo entiendo que el llenar esta autorización es algo totalmente voluntario y me doy cuenta que el tratamiento no me será negado si yo me rehuso a firmar este formulario.

ANULACIÓN: Entiendo que tengo el derecho a anular en cualquier momento esta autorización. Yo entiendo que si anulo esta autorización, ésta debe ser por escrito y presentada al departamento de historial clínico. También entiendo que esta anulación no afecta la información que ya se ha dado a conocer como respuesta a esta autorización. Yo entiendo que esta anulación no afecta la información para mi compañía de seguros, Medicaid y Medicare.

Firma del Cliente/Representante Legal

Fecha

Escriba su Nombre

Relación del Representante Legal con el Cliente

Testigo

Fecha

Client Name: _____

ID#: _____

DOB: _____



COMIENZO DE SERVICIOS

PARTE I CONSENTIMIENTO A LA RELACION CLIENTE-PROVEEDOR

Nombre del Cliente: _____

Nombre de la Agencia: Florida Department of Health, Dental Clinic

Dirección de la Agencia: 3339 E. Tamiami Trl Building H Naples, FL 34112

Yo doy mi consentimiento para establecer una relación cliente- proveedor. Yo autorizo al personal del Departamento de Salud y sus representantes a brindarme cuidado de salud de rutina. Comprendo que el cuidado de salud de rutina es confidencial y voluntario y puede incluir visitas médicas a consulta externa que incluyen: obtener historial médico, examen físico, administración de medicamentos, análisis o pruebas de laboratorio y/o procedimientos menores. Comprendo que puedo terminar esta relación en cualquier momento.

PARTE II CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACION (para tratamiento, obtener pagos u operaciones de cuidado de salud solamente)

Yo doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información médica; incluyendo: historial medico, dental, VIH/SIDA, ETS, TB, prevención de abuso de sustancias, psiquiátricos/psicológicos y seguimiento de mi caso; con fines de continuar tratamiento, obtener pagos y operaciones relacionadas con el cuidado de la salud.

PARTE III CERTIFICACION DE CLIENTE CON MEDICARE, AUTORIZACION PARA DIVULGACION Y SOLICITUD DE PAGO (Solo para clientes con Medicare)

Como Cliente/Representante Legal abajo firmante, certifico que la información que he brindado con el objetivo de obtener pago bajo el Título XVIII de la Ley de Seguro Social, es correcta. Autorizo a la Agencia arriba mencionada a divulgar mi información médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios/portadores con relación a ésta u otras solicitudes de pago a Medicare. Solicito que se realice el pago de los beneficios autorizados en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por concepto de servicios médicos a la agencia arriba mencionada y la autorizo a presentar una solicitud de pago a Medicare.

PARTE IV CESION DE BENEFICIOS (Solo para pagos efectuados por Terceros)

Como Cliente/Representante Legal abajo firmante, hago cesión a la agencia arriba mencionada de todos los beneficios provistos bajo cualquier plan de salud o póliza de gastos médicos. El monto de dichos beneficios no debe exceder los cargos por servicios médicos establecidos en el listado de aranceles aprobado. Todos los pagos comprendidos en este párrafo deben ser efectuados a la agencia arriba mencionada. Yo soy personalmente responsable por el pago de cualquier cargo no cubierto por esta cesión.

PART V MI FIRMA CONFIRMA LA VERACIDAD DE LA INFORMACION INCLUIDA ARRIBA. ACUSO RECIBO DEL FOLLETO "AVISO SOBRE NORMAS DE PRIVACIDAD".

Firma del Cliente /Representante Legal

Relación o parentesco con el Cliente

Fecha

Testigo (opcional)

Fecha

PARTE VI ANULACION DEL CONSENTIMIENTO

Yo, _____ ANULO ESTE CONSENTIMIENTO, a partir de _____
Firma del Cliente/Representante Legal Fecha

Testigo (opcional)

Fecha

Client Name: _____
ID#: _____
DOB: _____

Mission:

To protect, promote & improve the health of all people in Florida through integrated state, county & community efforts.



Rick Scott
Governor

John H. Armstrong, MD, FACS
State Surgeon General & Secretary

Vision: To be the Healthiest State in the Nation

Permiso Para tratamiento dental y/o Tratamiento de un menor de edad

Para el padre o guardian legal de _____, quien es un menor de edad, autorizo y consiento a que se le realice examen completo, radiografías, anestesia, o tratamiento dental con la supervisión del Dentista, Higienista, o alguno de los asistentes dentales autorizados por el Collier County Health Department/Dental Clinic si es que esto fuera necesario.

En cualquier situación en donde no pueda estar presente, doy permiso a _____ para que acompañe a mi hijo a su clínica.

Esta autorización permanecerá efectiva hasta que sea cancelada por escrito.

Firma del padre _____ fecha _____

Testigo _____

Nota- Se necesita algún documento de identificación, ya sea licencia de conducir o cualquier documento con fotografía

Mission:

To protect, promote & improve the health of all people in Florida through integrated state, county & community efforts.



Rick Scott
Governor

John H. Armstrong, MD, FACS
State Surgeon General & Secretary

Vision: To be the Healthiest State in the Nation

REGLAMENTO REFERENTE AL INCUMPLIMIENTO DE CITAS EN LA CLINICA DENTAL

POR FAVOR LEA EL SIGUIENTE DOCUMENTO CUIDADOSAMENTE Y FIRME DONDE SE LE INDICA.

Cuando usted hace una cita esperamos que la cumpla. Estas citas se hacen para su conveniencia. Tenga en cuenta que nuestro tiempo es valioso. Si no cumple su cita está privando a alguien más de nuestro servicio.

Por favor debe llegar a su cita **20 MINUTOS ANTES**. Si no puede cumplir con su cita notifíquenos por lo menos 24 horas antes. Si no nos deja saber 24 horas antes consideraremos que ha incumplido su cita.

SI FALTA A UNA CITA NO SERÁ ATENDIDO EN LA CLÍNICA POR 3 MESES. SI FALTA A (2) CITAS NO SERÁ ATENDIDO EN LA CLÍNICA POR UN AÑO. Y SOLAMENTE SE LE ATENDERÁ COMO EMERGENCIA.

La salud dental del niño es esencial para conservar una buena salud en general! Por favor considere que estas citas son verdaderamente importantes.

He sido notificado de que en caso de necesitar ayuda para pagar los gastos médicos, cada año debo actualizar la información sobre mi condición económica. Es mi responsabilidad el presentar los siguientes documentos:

1. Mi tarjeta de Seguro Social y la de mi hijo
2. Prueba de residencia como la licencia de manejar o el recibo de la luz
3. Prueba de ingresos como:
 - a. Talones de cheques recibidos el último mes. (Paycheck stubs)
 - b. Prueba de que recibo sustento para los niños (child support)
 - c. Prueba de que recibo cheques de compensación del trabajador (disability check)
 - d. Cheques por desempleo (Unemployment check)
 - e. Cheques del seguro social (Social Security check)

Entiendo que en caso de no presentar los documentos requeridos tendré que pagar el 100% de los cargos.

HE LEÍDO Y HE ENTENDIDO LA EXPLICACION ANTERIOR.

FIRMA

FECHA

Collier County Health Department-Dental Department

Name of Head of household

Nombre del Cabeza de Familia

Date of Birth

Fecha de Nacimiento

Gender

Genero

F M

Social Security #

Numero de Seguro Social

Street Address

Dirección Residencial

City

Ciudad

State

Estado

Zip Code

Código Postal

Telephone Number

Numero de Teléfono

Cellular Telephone Number

Numero de Teléfono Celular

Medicaid # /Numero de Medicaid

Income /Ingreso

\$

Weekly

Semanal

Biweekly

Cada dos semana

Monthly

mensual

Yearly

anual

Employer

Family Members: (Living in your household)

Información sobre la familia (que viven con Usted)

	Name Nombre y Apellido	Gender Genero	Date of Birth Fecha de Nacimiento	Social Security Seguro Social
1	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Medicaid Number: Numero de Medicaid:	<input type="text"/>	Income / Ingreso	\$ <input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Medicaid Number: Numero de Medicaid:	<input type="text"/>	Income / Ingreso	\$ <input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Medicaid Number: Numero de Medicaid:	<input type="text"/>	Income / Ingreso	\$ <input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Medicaid Number: Numero de Medicaid:	<input type="text"/>	Income / Ingreso	\$ <input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Medicaid Number: Numero de Medicaid:	<input type="text"/>	Income / Ingreso	\$ <input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Medicaid Number: Numero de Medicaid:	<input type="text"/>	Income / Ingreso	\$ <input type="text"/>