



# Cuestionario de historial médico/Permiso para tratamiento

**Debe usar mascarilla para ir a la clínica.**

**Date:** \_\_\_\_\_ **Time:** \_\_\_\_\_ **Lidioma Preferido:** \_\_\_\_\_

*Se debe estar completado por un padre o tutor – Información sobre su niño*

Nombre completo de niño/a: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de niño/a: \_\_\_\_\_ Sexo de niño/a: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código Postal

Teléfono fijo \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

¿Calificado para Medicaid? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Almuerzo gratis o rebajado \_\_\_\_\_ Calificado por nivel de ingresos

Por favor indique todos que se aplican al niño: Otra seguro dental \_\_\_\_\_

Cobertura de Medicaid:  Estado natal  MO Health / WellCare  IL Medicaid  United Health Care

**Medicaid 8 Dígito DCN o Número de ID:** \_\_\_\_\_

**Nombre del padre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino

**Correo electrónico del padre/tutor:** \_\_\_\_\_

**Niño/a vive con:**  Padre  Abuelo  Padre sustito  Otra persona \_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

**PERSONA DE CONTACTO EN EL CASO DE EMERGENCIA en el día de la cita en la clínica:**

Nombre completo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle Ciudad Código Postal

Teléfono: \_\_\_\_\_

*Yo doy permiso para que mi niño/a participe en el programa dental preventivo y restaurativo hecho por el programa de la Comisión para el Compromiso con la Comunidad y Acceso, conocido como Give Kids a Smile. Hasta donde yo sé, he respondido lo mejor que he podido a las preguntas de historial médico en la página 2. Yo doy permiso de que mi niño/a reciba anestesia local (entumeciendo de los dientes) de óxido nítrico, tratamiento dental, antibióticos y analgésicos (Tylenol, Ibuprofen) con instrucciones apropiadas si el dentista lo considere necesario. Nuestra clínica dental honrará los derechos de los pacientes con respecto a su información de salud protegido con excepciones raras que deben usar y revelar solamente la información necesaria para completar el tratamiento dental planeado. También, yo doy permiso para que mi niño/a sea fotografiado mientras que esté en la clínica, y entiendo que se puedan usar las fotos como parte de materiales educativos y promocionales en el futuro.*

**Nombre del padre/tutor (Escrito)** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Para reservar una cita llame: 636-397-6453 Envíe el formulario de consentimiento completado por fax a: 1-314-222-2820 O, envíe el formulario : Give Kids A Smile, 10A Worthington Access Dr. Maryland Heights, MO 63043

**Nombre de niño/a:** \_\_\_\_\_

## Historial médico

- ¿Se le trata un médico a su niño/a actualmente?       Sí    No      De ser así, explique\_\_\_\_\_
- ¿Ha sido hospitalizado su niño/a?       Sí    No      De ser así, explique\_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido su niño/a una cirugía grave?       Sí    No      De ser así, explique \_\_\_\_\_
- ¿Ha tenido su niño/a una herida grave en la cabeza o el cuello?       Sí    No      De ser así, explique \_\_\_\_\_
- ¿Está tomando su niño/a algunos medicamentos, pastillas, o drogas?       Sí    No      De ser así, nómbrellos:

### ¿Es alérgico su niño/a a algunos de los siguientes:

- Aspirina       Penicilina       Codeína       Acrílico       Metal       Látex       Anestésias locales
- Otro      De ser así, explique \_\_\_\_\_

### ¿Tiene o ha tenido su niño/a algunos de los siguientes:

- |  |   |  |  |  |
|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA/HIV                    | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho                 | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza frecuente | <input type="checkbox"/> Latidos cardíacos irregulares | <input type="checkbox"/> Fiebre escarlata              |
| <input type="checkbox"/> Anemia                      | <input type="checkbox"/> Herpes labial                  | <input type="checkbox"/> Herpes genital            | <input type="checkbox"/> Problemas renales             | <input type="checkbox"/> Herpes zóster                 |
| <input type="checkbox"/> Angina                      | <input type="checkbox"/> Trastorno cardíaco congénito   | <input type="checkbox"/> Fiebre del heno           | <input type="checkbox"/> Leucemia                      | <input type="checkbox"/> Anemia falciforme             |
| <input type="checkbox"/> Válvula cardíaca artificial | <input type="checkbox"/> Convulsiones                   | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco           | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática           | <input type="checkbox"/> Problemas sinusales           |
| <input type="checkbox"/> Articulación artificial     | <input type="checkbox"/> Medicina de cortisona          | <input type="checkbox"/> Sople cardíaco            | <input type="checkbox"/> Presión arterial baja         | <input type="checkbox"/> Espina bífida                 |
| <input type="checkbox"/> Asma                        | <input type="checkbox"/> Diabetes                       | <input type="checkbox"/> Marcapasos                | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar           | <input type="checkbox"/> Enfermedad intestinal         |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la sangre     | <input type="checkbox"/> Epilepsia                      | <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos       | <input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral | <input type="checkbox"/> Ataque cerebral               |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre       | <input type="checkbox"/> Sagrado excesivo               | <input type="checkbox"/> Hemofilia                 | <input type="checkbox"/> Dolor de mandíbula            | <input type="checkbox"/> Hinchazón de las extremidades |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios     | <input type="checkbox"/> Sed excesiva                   | <input type="checkbox"/> Hepatitis A               | <input type="checkbox"/> Enfermedad paratiroidea       | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea           |
| <input type="checkbox"/> Se magullan fácilmente      | <input type="checkbox"/> Desmayos/mareos                | <input type="checkbox"/> Hepatitis B o C           | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica         | <input type="checkbox"/> Amigdalitis                   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                      | <input type="checkbox"/> Tos frecuente                  | <input type="checkbox"/> Herpes                    | <input type="checkbox"/> Tratamientos de radiación     | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                  |
| <input type="checkbox"/> Quimioterapia               | <input type="checkbox"/> Diarrea frecuente              | <input type="checkbox"/> Hipertensión              | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso reciente      | <input type="checkbox"/> Tumores                       |
| <input type="checkbox"/> Urticaria o sarpullido      | <input type="checkbox"/> Diálisis renal                 | <input type="checkbox"/> Úlceras                   | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática              | <input type="checkbox"/> Ictericia                     |
| <input type="checkbox"/> Tubos de oído               | <input type="checkbox"/> Infecciones de oído frecuentes | <input type="checkbox"/> Pérdida de audición       |  |  |

¿Ha tenido su niño/a una enfermedad grave que no aparece en la lista arriba?    Sí    No      De ser así, explique:\_\_\_\_\_

### Revelación de COVID-19:

Este formulario de revelación por parte del paciente busca información de Ud. que necesitemos considerar antes de hacer cualquiera decisión de tratamiento durante la pandemia actual. Es imprescindible que revele cualquier indicio de que haya sido expuesto a COVID-19 o si su niño/a o alguien que viva con el/ella haya presentado algún síntoma relacionado con el virus.

- 1) ¿Ha dado positivo para COVID-19 su niño/a o alguien que vive con el niño/a?
- 2) Sí\_\_\_\_No\_\_\_\_
- 3) ¿Ha sido probado recientemente su niño/a o alguien que vive con el niño/a? y ¿están esperando los resultados de la prueba?  
Sí\_\_\_\_No\_\_\_\_
- 4) ¿Tiene su niño/a o alguien que vive con el niño/a una fiebre en los últimos 14-21 días?  
Sí\_\_\_\_No\_\_\_\_
- 5) ¿Tiene su niño/a o alguien que vive con el niño/a la falta de aire o otra dificultad respiratorio?  
Sí\_\_\_\_No\_\_\_\_
- 6) ¿Tiene su niño/a o alguien que vive con el niño/a tos actualmente?  
Sí\_\_\_\_No\_\_\_\_
- 7) ¿Tiene su niño/a o alguien que vive con el niño/a cualquier síntoma griposo como malestar estomacal, dolor de cabeza, fatiga, moqueo nasal, o dolor de garganta?  
Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_
- 5) ¿Ha tenido contacto su niño/a o alguien que vive con el niño/a con alguna paciente con COVID-19?  
Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_
- 6) ¿Ha sentido su niño/a o alguien que vive con el niño cualquiera pérdida reciente de gusto o olfato?  
Sí\_\_\_\_No\_\_\_\_
- 8) ¿Ha viajado en los últimos 14 días su niño/a o alguien que vive con el niño/a a alguna región afectado por COVID-19?  
Sí\_\_\_\_No\_\_\_\_
- 8) ¿Tiene su niño/a algunos de los factores de riesgo para COVID-19 (cardiopatía, enfermedad pulmonar, diabetes, autoinmune)?  
Sí\_\_\_\_No\_\_\_\_

Según mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas en este formulario de historial médico son correctas. Entiendo que proveer información falsa pueda ser peligroso a la salud de mi niño. Es mi responsabilidad de informar a GKAS de cualquier cambio al estatus médico de mi niño.

**Firma de padre/tutor:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_