



Registro del Paciente

Información del Paciente

Nombre: _____ Sexo: M F Fecha: _____

Si menor, Nombre del Padre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección de Envío: _____

Teléfono de Casa: _____ Celular: _____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Historia Médico

Sí / No ¿Su salud general es buena?

Sí / No ¿Ha habido cambios en su salud en el último año?

Sí / No ¿Ha estado hospitalizada o ha tenido una enfermedad grave?

Allergias: _____

Lista de medicamentos actuales: _____

Sí / No ¿Es usted o podría estar embarazada?

Sí / No ¿Tomas anticonceptivos?

¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón o dolor en el pecho (angina) | <input type="checkbox"/> Soplo del corazón, defecto del corazón |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Articulación o válvula artificial | <input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Tuberculosis o otros problemas pulmonares | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón o de la vejiga |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis o otra enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Caso psicótico | <input type="checkbox"/> Epilepsia, convulsiones, o desmayos | <input type="checkbox"/> Condición emocional |
| <input type="checkbox"/> Arthritis o reumatismo | <input type="checkbox"/> Herpes o herpes labial | <input type="checkbox"/> SIDA o HIV positivo |
| <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Anemia o trastornos de la sangre | <input type="checkbox"/> Sangrado anormal de extracciones, cirugía o trauma |
| <input type="checkbox"/> Fiebre de heno o problemas en los senos paranasales | <input type="checkbox"/> Alergias o urticaria | <input type="checkbox"/> Asma |

Sí / No ¿Tabaco en cualquier forma?

¿Tiene usted alguna enfermedad o condición médica no incluida en este forma?

Historia Dental

Salud Bucal: Excelente Bueno Justa Pobre

Fecha de la última vista dental: _____ Tipo de Tratamiento: _____

Cuántas veces cepillas los dientes? _____ Usas Hilo Dental? _____ Usas Enjuague Bucal? _____

¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes?:

Sí / No ¿Tiene molestias dental?

Si es así, explique: _____

Sí / No ¿Ha tenido alguna lesión en la cabeza, el cuello o la mandíbula?

Si es así, explique: _____

Sí / No ¿Usas dentaduras o parciales?

Sí / No ¿Las encías sangran al cepillarse o usar hilo dental?

Sí / No ¿Preocupado por la enfermedad de las encías o por una historia de enfermedad de las encías?

Sí / No ¿Duele morder o masticar?

Sí / No ¿Apreta o rechina los dientes?

Por favor agregue cualquier cosa que usted quisiera que supiéramos sobre: _____

Mi firma abajo indica que he leído y entiendo la información en el frente y la parte posterior de esta página y estoy dispuesto a cumplir con lo anterior y que soy el paciente el padre o guardián del paciente con autoridad para dar el consentimiento o que Estoy debidamente autorizado por el paciente como agente general del paciente para ejecutar los términos de este formulario. Le doy a Riverside clínica gratuita y sus proveedores, permiso para proporcionar tratamiento dental para el paciente respectivo.

Nombre del paciente (por favor imprimir): _____

Firma del Paciente / Padre o Guardián: _____

Nombre del Padre / Guardián (si aplica): _____

Fecha: _____

Firma de testigo: _____

Exención del Paciente:

Entiendo que estos procedimientos dentales tendrán lugar para recopilar información básica relacionada con la historia médica y para proporcionar una mejor salud bucal. Cualquier procedimiento o recolección de datos involucrará medidas básicas y evaluación de la presión arterial, estatura, peso, apariencia general y puede incluir exámenes adicionales que las personas que llevan a cabo los procedimientos dentales lo consideren apropiado.

Entiendo que cualquier procedimiento dental será realizado por estudiantes de medicina, odontología, enfermería y otras profesiones de la salud de la Western University of Health Sciences ("WesternU") y que las personas que realizan el procedimiento no son doctores, enfermeras o atención médica con licencia Proveedores. Entiendo que un miembro de la facultad de WesternU estará presente en el momento de cualquier procedimiento dado para supervisar las actividades de los estudiantes de WesternU.

Entiendo que cualquier procedimiento dental dado hoy no proporcionará ningún servicio médico de emergencia.

Entiendo que es mi única responsabilidad seguir con mi personal médico / dentista y el personal de la Clínica Dental Libre de Riverside (RFDC) en cualquier preocupación potencial con respecto a mi examen dental y para obtener permiso médico de mi médico personal para cualquier problema médico relacionado con mi salud.

Plan de tratamiento:

Entiendo que el plan de tratamiento que acepto es un tratamiento dental recomendado y que este plan podría cambiar. Entiendo que me animan a hacerle preguntas a mi dentista sobre los procedimientos recomendados. Todos los procedimientos dentales pueden implicar riesgos y no se garantizan los resultados del tratamiento. Como paciente, o padre o tutor, tengo el derecho de consentir o rechazar los procedimientos propuestos en cualquier momento. RFDC también se reserva el derecho de no realizar el tratamiento específico solicitado por un paciente. Entiendo que no habrá ningún costo para el cuidado dental.

Cuidado de emergencia después de las horas:

Si una complicación de emergencia o postoperatoria, debo llamar al (951) 374-0325 para llegar a un estudiante de odontología. También puedo referirme a la lista de las clínicas dentales en el área para ayuda. Si estoy experimentando sangrado que no se detendrá o cualquier emergencia que amenace la vida, iré directamente a mi sala de emergencias local.

Salud:

Si tengo algún cambio en mi estado de salud, cambios en mis medicamentos o en hospitalizaciones recientes, informaré a RFDC. Si estoy tomando un tipo de medicamento llamado bifosfonatos, informaré a RFDC ya que podría estar en riesgo de desarrollar osteonecrosis (muerte ósea) de la mandíbula y ciertos tratamientos dentales podrían aumentar ese riesgo.

Registros dentales:

Entiendo que los registros dentales y los rayos X y cualquier otra ayuda diagnóstica relacionada con mi tratamiento aquí son propiedad de RFDC. Reconozco que tengo el derecho de inspeccionar estos registros y recibir una copia de ellos o de solicitar que sean enviados a otro proveedor de atención médica. Para obtener una copia de mis registros, necesitaré completar y firmar un formulario de Liberación de Información.

De archivo:

Le doy a RFDC el derecho de usar todas las imágenes de audio y visual capturadas durante la clínica para cualquier propósito educativo, publicitario, comercial, promocional u otro propósito legal relacionado con RFDC. Estoy de acuerdo en que RFDC posee los derechos de autor de estas imágenes y renuncio a todas las reclamaciones de invasión de privacidad por difamación.

Consentimiento:

Consiento el examen, las radiografías y las pruebas diagnósticas para el desarrollo de mi plan de tratamiento propuesto y también doy mi consentimiento a cualquier procedimiento de tratamiento que se diagnostique e indique en el plan de tratamiento. Estoy de acuerdo en que todos los registros son propiedad de RFDC.

Release of Liability:

He leído y comprendo los agradecimientos expuestos anteriormente. Por la presente, eximo a la Universidad de Ciencias de la Salud de Western ya sus entidades afiliadas, así como a todos sus respectivos profesores, estudiantes, agentes, empleados y representantes, de toda responsabilidad que pueda derivarse de un procedimiento de cribado o dentista y por Western University of Health Sciences o cualquiera de sus facultades, estudiantes, agentes, empleados, en relación con el procedimiento dental.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Uso exclusivo del personal de la clínica

Cambios en la historia médica

Firma del Doctor Estudiante

Fecha

Si No

