



CUESTIONARIO DE CONSENTIMIENTO Y

www.TheOnSiteDentist.com 719-428-1902

ESCUELA _____ GRADO _____ MAESTRO DE AULA _____

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE:		NOMBRE PREFERIDO:	
DIRECCION DE CASA:		CIUDAD:	ESTADO: CELL PHONE:
No. de SS	FECHA DE NACIMIENTO: (DD/MM/AA)	¿Texto tu celular está bien? Sí / No	
DOCTOR DEL PACIENTE:		TEL. DEL DOCTOR:	
NOMBRE COMPLETO DEL PADRE/TUTOR:		RELACIÓN CON EL PACIENTE:	
¿QUIERE EL PADRE/TUTOR ESTAR PRESENTE DURANTE LA CITA?		CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE/TUTOR:	
CONTACTO DE EMERGENCIA:		TEL. DE CONTACTO:	
INFORMACIÓN DEL SEGURO DEL PACIENTE			
<input type="checkbox"/> Marque esta casilla si no tiene Medicaid o seguro privado pero desea que el estudiante sea visto.			
A. IDENTIFICACIÓN DE MEDICAID DE COLORADO: Número de 10 dígitos: _____			
B. INFORMACIÓN DE SEGURO DENTAL			
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR CON SEGURO: _____			
DIRECCIÓN:		CIUDAD:	ESTADO: ZIP:
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AA)		EMPLEADOR:	TEL. COMERCIAL:
ID DEL SEGURO#	NOMBRE DEL GRUPO	No. DEL GRUPO	
INFORMACIÓN MÉDICA Y DENTAL DEL PACIENTE: DEBE COMPLETARSE			
SI / NO ¿ES ESTA LA PRIMERA VISITA DENTAL DEL PACIENTE?		EL PACIENTE HA TENIDO LO SIGUIENTE:	
SI NO, ¿CUÁL ES LA FECHA DE LA ÚLTIMA VISITA DENTAL? _____		SI / NO ASMA O FIEBRE DE HENO	
FECHA DE LA ÚLTIMA LIMPIEZA DENTAL _____		SI / NO PROBLEMA DE SANGRADO	
NÚMERO DE VECES QUE LOS DIENTES DEL PACIENTE SON CEPILLADOS EN UN DÍA: _____		SI / NO PROBLEMAS CARDIACOS	
SI / NO ¿VIVE EN UNA ZONA SIN AGUA FLUORIDADA?		SI / NO FIEBRE REUMÁTICA	
SI / NO ¿SE HAN TRATADO LOS DIENTES CON FLÚOR? ¿SI SÍ, CUÁNDO? _____		SI / NO DIABETES	
SI / NO ¿SE HA NOTADO ALGUNA CARIES EN EL PASADO?		SI / NO VIH/SIDA	
SI / NO ¿EL PACIENTE HA TENIDO SELLANTES DENTALES?		SI / NO TUBERCULOSIS	
SI / NO ¿EL PACIENTE HA TENIDO PROBLEMAS CON LA SALUD DENTAL?		SI / NO ENFERMEDAD DEL HIGADO	
SI / NO ¿ESTÁ EL PACIENTE BAJO ATENCIÓN MÉDICA? ¿POR QUÉ?		SI / NO ENFERMEDAD DEL RIÑÓN	
SI / NO ¿EL PACIENTE HA SIDO HOSPITALIZADO? ¿CUÁNDO? ¿POR QUÉ?		SI / NO TRATAMIENTO DE RADIACIÓN/QUIMIOTERAPIA	
		SI / NO CONVULSIONES/DESMAYOS O MAREOS	
		SI / NO ¿EMBARAZADA? EN CASO AFIRMATIVO, POR CUANTO TIEMPO _____	
POR FAVOR LISTE LOS MEDICAMENTOS ACTUALES: _____			
POR FAVOR LISTE ALERGIAS A DROGAS/MEDICAMENTOS (INCLUYENDO FLUORURO O PENICILINA). _____			
POR FAVOR LISTE TODAS OTRAS ALERGIAS: _____			
<input type="checkbox"/> MARQUE AQUÍ SI EL PACIENTE NECESITA MEDICACIÓN ANTIBIÓTICA ANTES DEL TRATAMIENTO DENTAL			
CONSENTIMIENTO PARA TRATAR AL PACIENTE - EL PADRE/TUTOR DEBE FIRMAR			
Los pacientes son elegibles para ser atendidos por The On-Site Dentist si no han visto al dentista en los últimos seis (6) meses.			
Doy mi consentimiento para permitir que la información anterior se difunda al personal del distrito escolar, a mi compañía de seguro de salud identificada, incluyendo a Medicaid o Medicare y The On-Site Dentist, y doy mi consentimiento para que The On-Site Dentist realice cualquier procedimiento dental preventivo y de diagnóstico. Si se requiere un tratamiento dental adicional, entiendo que se requiere un comunicado registrado, firmado y devuelto para enviar cualquier información del paciente.			

PADRE/TUTOR LEGAL (Nombre en letra de molde)			
FIRMA		FECHA (Este consentimiento será válido para todo el año escolar)	