



DEPARTAMENTO DE SALUD DE VIRGINIA

Parte I Información del Paciente

Form fields for patient information: Name, Date of birth, Sex, Race, Address, City, Postal Code, Phone/Home, Work/Emergency, ID Number, Social Security Number, Parent/Guardian/Spouse, Responsible for home, Medicaid status, Other insurance, Dental history, Last dental visit, Last physical exam.

Parte II Historia Medica

Por favor marque Sí o No

Medical history section with questions: Patient health status, Pregnancy, Lactating, Current medications, Allergies, Past medical conditions (Cancer, Leukemia, Tumor), Alcohol/Tobacco/Drugs use, Dental allergies, Respiratory issues.





DEPARTAMENTO DE SALUD DE VIRGINIA

(continuación)

- ¿El paciente usa inalador o algún medicamento para respirar?
¿El paciente tiene HIV o SIDA?
Alguna vez ha padecido el paciente de:
Enfermedad del corazón.
Reemplazo de valvula del corazón.
Embolia
Soplo del corazón.
Presión alta.
Fiebre reumática.
Diabetes
Anemia pernicioso.
Problemas de sangrado.
Anemia
Hepatitis
Tuberculosis
Bocio/Tiroides/Problemas Glandulares
Problemas del riñon

- Dialisis/ Transplante
Epilepsia/Convulsiones
Artritis/Dolor en las articulaciones
Dolor en la mandíbula/TMJ
Articulación artificial/ Prótesis
Problemas de crecimiento
Defectos de nacimiento/Parto prematuro
Retrazo en el desarrollo.
Hiperactividad/ADD/ADHD.
Autismo
Paralisis cerebral
Problemas de audición/Habla
Problemas psiquiatricos/Psicologicos
Enfermedades venereas
Drogadicción
¿Alguna vez el paciente ha presentado alguno de estos problemas en el pasado?
¿Hay algo mas que nosotros debemos saber?

Medical History Update

Table with 2 rows: Date, Signature and 5 empty columns.

Parte III Permiso

La informacion proporcionada en las Partes I, II y III de este documento es correcta y verdadera hasta donde yo se.

Permiso

Problemas ocasionados for el tratamiento dental son muy raros pero pueden incluir dolor e infeccion. El no tratar la caries dental puede ocasionar estos mismos resultados. Si la caries es muy profunda y el nervio se ve afectado, o si hay inflamacion o perdida de hueso, posiblemente sera necesario remover el nervio del diente o sacar el diente bajo anestesia local. Por favor no dude en consultar cualquier problema con el dentista encargado de la salud publica.

Yo doy mi autorización para que el dentista de salud publica realice en mi y/o en mi hijo/a, el examen dental y proporcione el tratamiento dental que considere necesario.

Fecha: Firma: (Paciente/Padre/Tutor)

Notificacion de Permiso Para Hacer Pruebas de HIV, HBV, y HCV

Si algun miembro de nuestro personal medico, trabajador o empleado es expuesto directamente a su sangre o sus fluidos corporales de manera que pueda adquirir alguna enfermedad, su sangre sera analizada para identificar la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV o SIDA), así como también la presencia del virus de la Hepatitis B y C. Los resultados de este analisis seran proporcionados a usted y a la otra persona involucrada por nuestro personal medico; y tambien se le brindará la orientación adecuada en caso de ser necesario.

En caso de que usted haya sido expuesto directamente a la sangre o fluidos corporales de alguno de nuestros empleados, trabajadores o personal medico de manera que pueda adquirir alguna enfermedad, la sangre de dicho empleado sera analizada para detectar la presencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (HIV o SIDA) y del virus de la Hepatitis B y C. Los resultados de este analisis seran proporcionados a usted por nuestro personal medico; así como también se le brindara la orientacion adecuada en caso de ser necesario.

Fecha: Firma: (Paciente/ Padre/ Tutor)