



# DENTAL REGISTRATION FORM

## HOJA DE REGISTRO DEL

Por favor llene esta forma para que nosotros podamos ofrecerle la mejor atención posible. La información que usted comparta con nosotros es parte de su información médica confidencial. Algunas enfermedades infecciosas deben de ser reportadas al Departamento de Salud del Estado de Indiana de acuerdo con la ley estatal (I.C. 16-41-2-1)

PLACE LABEL HERE

### POR FAVOR ESCRIBA

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
mes día año Social Security Number

Nombre: \_\_\_\_\_  
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Apodo/Sobre nombre: \_\_\_\_\_ Nombre de soltera: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código

Número de teléfono de la casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

<b>Sexo/Género:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Trans (choose one) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino → Femenino <input type="checkbox"/> Femenino → Masculino	<b>Estado Marital:</b> <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<b>Primer Idioma:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	¿Es un paciente nacido de parto múltiple? (gemelos, triples, etc.) Marque el cuadro si la respuesta es. Sí <input type="checkbox"/>
---	---	---	--

<b>Favor de contestar ambas preguntas: Favor de seleccionar las respuestas que apliquen. (Esta información es para uso estadístico solamente)</b> <b>1. ¿Cual es su raza?</b> <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Otra parte de Asia: _____ <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Otras Islas Pacíficas: _____ <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska e <input type="checkbox"/> Guamaní o Chamorro <input type="checkbox"/> Otra Raza: _____ Especifique la tribu: _____ <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Blanco	<b>Lugar de nacimiento:</b> _____ _____
<b>2. ¿Es ud hispano/Latino?</b> <input type="checkbox"/> No, Otro Hispano/Latino Español <input type="checkbox"/> Si, Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Si, Otro Hispano/Latino Español - Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Si, Mexicano/México Am/ Chicano	<b>Información sobre el seguro Medicaid</b> # de ID _____ <b>Medicare</b> # de ID _____

¿El cliente fuma? (si tiene mas de 12 años)  Actualmente fuma  Fumó antes  Nunca ha fumado

### Información del padre o tutor legal ( si el paciente es menor de 18 años)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
MM DD YYYY

Dirección: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### ¿A quién debemos contactar en caso de emergencia?

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Reconocimiento de haber recibido el Aviso sobre Privacidad

Yo he recibido una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad. (Usted puede rehusarse a firmar este reconocimiento)

Firma del Paciente/Padre/Madre/ Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Autorización para Servicios

Por medio de la presente autorizo al Marion County Public Health Department para que examine, realice pruebas y ofrezca servicios al paciente mencionado con anterioridad. Los resultados de los análisis y tratamientos serán explicados como parte de la visita de hoy. Si necesitamos hacerle un seguimiento, o darle los resultados de algún examen, o recordarle alguna cita, le contactaremos por medio de un representante del Departamento de Salud.

Firma del Paciente/Padre/Madre/ Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<b>HIPAA Refusal:</b> Please complete if client refuses to sign the acknowledgement section. We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Notice of Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because: <input type="checkbox"/> Individual refused to sign <input type="checkbox"/> Communication barriers prohibited obtaining the acknowledgement <input type="checkbox"/> An emergency situation prevented us from obtaining acknowledgement <input type="checkbox"/> Other (please specify) _____	
Authorized Employee Name (Print)	Title (Print)
Employee Signature	Date

# DENTAL REGISTRATION FORM - Page 2

## HOJA DE REGISTRO DEL

Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
mes día año

Nombre: \_\_\_\_\_  
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Escuela/ Nombre: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

### Por favor escriba todas las personas que viven con usted

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación	Sexo	Escuela	(Staff Use) MCPHD#

### AUTORIZACIÓN DE CONTACTO CON EL PACIENTE

El Marion County Public Health Department le permite solicitar que se le dejen mensajes con información sobre los turnos, los resultados de los laboratorios, el tratamiento y/o otra información de salud. Por favor marque todas las opciones que corresponda:

No quiero ningún tipo de contacto.

#### Comunicación telefónica:

Teléfono de la casa \_\_\_\_\_  
 Sí, deje un mensaje de correo de voz.  Deje un mensaje con un número para devolver la llamada.  No deje ningún mensaje  
 Teléfono celular \_\_\_\_\_  
 Sí, deje un mensaje de correo de voz.  Deje un mensaje con un número para devolver la llamada.  No deje ningún mensaje  
 Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
 Sí, deje un mensaje de correo de voz..  Deje un mensaje con un número para devolver la llamada.  No deje ningún mensaje  
 Otro \_\_\_\_\_  
 Sí, deje un mensaje de correo de voz.  Deje un mensaje con un número para devolver la llamada.  No deje ningún mensaje

Si, deje un mensaje a: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
Nombre

#### Comunicación por escrito

Puede contactarme por correo al domicilio de mi casa  
 Puede contactarme por correo al domicilio de mi casa/oficina  
 Si tiene algún otro pedido especial por favor especifique: \_\_\_\_\_

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si cambia de opinión luego de haber completado esta autorización, debe presentar una cancelación por escrito de la autorización. Esto no afectará ni revertirá el significado de ninguna divulgación previa a esta notificación.

### Para ser llenado solo por el personal - For Staff Use Only

Date	Additional Addresses	Zip Code	Home Phone	Other Phone

Other Hospital Patient Number: \_\_\_\_\_ Medicaid Caseworker: \_\_\_\_\_

MEDICAL HISTORY AND CONSENT

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ MCPHD# \_\_\_\_\_

Haga un círculo en cualquiera de las siguientes que el paciente haya tenido o tenga actualmente:

- |                                  |                                    |   |   |   |
|----------------------------------|------------------------------------|---|---|---|
| 1. ADHD/ADD                      | 12. Herpes bucal                   | 23. Soplo cardíaco                      | 33. Enfermedad del hígado                       | 43. Anemia falciforme                     |
| 2. Alcoholismo                   | 13. Medicamento con cortisona      | 24. Marcapasos en el corazón            | 34. Enfermedad pulmonar                         | 44. Rasgos genéticos de anemia falciforme |
| 3. Anemia                        | 14. Diabetes                       | 25. Cirugía de corazón                  | 35. Sudoración nocturna                         | 45. Erupciones cutáneas o urticaria       |
| 4. Artritis                      | 15. Adicción a las drogas          | 26. Hemofilia                           | 36. Osteoporosis                                | 46. Hinchazón de los tobillos             |
| 5. Válvula artificial de corazón | 16. Enfisema                       | 27. Hepatitis                           | 37. Dolor en las articulaciones de la mandíbula | 47. Enfermedad de la tiroides             |
| 6. Asma o fiebre del heno        | 17. Epilepsia o convulsiones       | 28. Herpes                              | 38. Soriasis                                    | 48. Tuberculosis (TB)                     |
| 7. Transfusiones de sangre       | 18. Episodios de desmayos o mareos | 29. Alta presión arterial               | 39. Tratamiento psiquiátrico                    | 49. Enfermedad venérea                    |
| 8. Se amorata fácilmente         | 19. Fiebre                         | 30. Reemplazo de articulación de cadera | 40. Terapia de radiación                        | 50. Pérdida de peso                       |
| 9. Cáncer o tumor                | 20. Glaucoma                       | 31. VIH/SIDA                            | 41. Fiebre reumática                            | 51. Liciticia                             |
| 10. Quimioterapia                | 21. Ataque al corazón o apoplejía  | 32. Problemas renales                   | 42. Respiración entrecortada                    |   |

- |   |    |    |  |    |    |
|---|----|----|--|----|----|
| 1. ¿Ha recibido alguna vez un servicio relacionado con la salud por parte del Marion County Public Health Department?                         | Sí | No | 10. ¿Ha tenido alguna vez una reacción a algún anestésico local?                                   | Sí | No |
| 2. ¿Tiene alguna enfermedad o problema de salud que no esté incluido en los indicados anteriormente?  | Sí | No | 11. ¿Ha tenido alguna vez un sangrado prolongado o inusual?  | Sí | No |
| 3. ¿Tiene algún tipo de restricciones para realizar movimientos en clases de gimnasia, atletismo u otras actividades físicas?                 | Sí | No | 12. ¿Ha tenido alguna vez complicaciones o enfermedades como resultado de un procedimiento dental? | Sí | No |
| 4. ¿Está actualmente tomando alguna medicina o medicamentos por prescripción? Indique el(los) medicamento(s), la(s) dosis y las instrucciones | Sí | No | 13. ¿Ha tenido alguna vez una lesión o trauma en la cara o la mandíbula?                           | Sí | No |
| _____   |    |    | 14. ¿Fuma o usa tabaco para masticar?  | Sí | No |
| _____   |    |    | 15. ¿Está nervioso o le preocupan los tratamientos dentales?                                       | Sí | No |
| _____   |    |    | 16. Para mujeres:<br>¿Está embarazada? Fecha del parto: _____                                      | Sí | No |
| 5. ¿Ha tomado alguna vez Fen-phen/Redux?  | Sí | No | ¿Utiliza algún método anticonceptivo?  | Sí | No |
| 6. ¿Está actualmente o ha estado al cuidado de un médico durante los últimos dos años?  | Sí | No | ¿Está pensando en embarazarse?   | Sí | No |
| 7. ¿Ha estado alguna vez hospitalizado o le han practicado alguna cirugía?  | Sí | No | ¿Ha tenido complicaciones o problemas con embarazos anteriores?                                    | Sí | No |
| 8. ¿Es alérgico al látex?   | Sí | No | 17. ¿Tiene actualmente un dentista?<br>Nombre del dentista: _____<br>Dirección: _____              | Sí | No |
| 9. ¿Es alérgico a algún medicamento, fármaco u otra sustancia? En caso afirmativo, enumere:   | Sí | No | 18. ¿Tiene dolor en las piezas o molestias actualmente?  | Sí | No |
| _____   |    |    | 19. ¿Por qué desea recibir tratamiento dental?   |    |    |
| _____   |    |    |  |    |    |

Hasta donde sé, todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Si alguna vez tengo algún cambio en mi salud, o si me cambian los medicamentos, le informaré al doctor en la próxima cita. Me explicarán los procedimientos dentales específicos. Comprendo que yo/mi hijo(a) puede que no reciba todos los servicios solicitados al Departamento de Salud del Condado de Marion y mi tratamiento puede requerir que me refieran a otros profesionales debido a la naturaleza de mi problema dental. Comprendo que todos los procedimientos dentales tienen tanto beneficios como ciertos riesgos, incluyendo posibles efectos colaterales causados por alguno de los medicamentos utilizados en odontología y que estos riesgos incluyen, pero no están limitados a reacciones alérgicas, cortes/abrasiones, dolor/hematoma por inyecciones, piezas sensibles, tragar o inhalar materiales/prótesis dentales e infecciones o complicaciones serias.

Firma del paciente/Padre-Madre/Representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

También autorizo y estoy de acuerdo en que Health and Hospital Corporation of Marion County conserve o compile de cualquier modo información sobre salud y por la presente está autorizado para utilizar cualesquiera informes de tratamientos, radiografías o fotografía para fines de enseñanza o investigación, incluyendo revistas médicas o publicaciones relacionadas con el gobierno. Se protegerá la confidencialidad del paciente. No se revelará ni el nombre del paciente ni ninguna otra información que le identifique.

Firma del paciente/Padre-Madre/Representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo que los beneficios de seguro sean pagados directamente al dentista o su representante (Health and Hospital Corporation). También autorizo al dentista u otro personal o representante autorizado para revelar la información requerida para procesar los pagos. También estoy de acuerdo en que el Departamento de Salud del Condado de Marion pueda entregar una copia de mis registros médicos/dentales, o cualquier parte de ellos, o cualquier otra información relacionada con los profesionales de salud involucrados con mi cuidado médico/dental.

Firma del paciente/Padre-Madre/Representante legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Estimado Padre/Madre o Tutor:

El Smile Mobile, del Marion County Public Health Department (MCPHD) pronto visitará la escuela de su hijo. Se trata de un consultorio odontológico móvil totalmente equipado de cuarenta pies de longitud que incluye un área completa de recepción/educación dental, un área de tratamiento odontológico con dos sillones, y un área completa de laboratorio/esterilización. El Smile Mobile les da la posibilidad a todos los niños de hasta 18 años de poder acceder a un consultorio odontológico móvil. Nuestro objetivo es brindarle a su hijo una experiencia odontológica positiva y la oportunidad de una mejor salud bucal y general.

El Smile Mobile del MCPHD cuenta con un equipo de profesionales altamente capacitados y amigables del Departamento de Salud Pública del Condado de Marion. La seguridad de su hijo se garantiza mediante estándares éticos de atención médica, con profesionales y servicios odontológicos prestados en un entorno seguro, estéril y agradable. Todo el instrumental odontológico se esteriliza después de tratar a cada paciente, o bien es descartable.

El Smile Mobile del MCPHD ofrece exámenes dentales, radiografías, limpiezas, tratamientos con flúor y educación dental durante la visita de su hijo. Si el tiempo lo permite, también se realizan sellados dentales. Se alentará a su hijo a cepillarse los dientes y utilizar hilo dental diariamente para conservar una hermosa sonrisa y dientes saludables. Después de cada visita, el especialista le enviará un informe odontológico por intermedio de su hijo. El informe le indicará el tratamiento realizado y si se recomienda algún otro tipo de tratamiento. También recibirá un folleto de Servicios Odontológicos del MCPHD que incluirá la lista de las clínicas odontológicas del MCPHD donde su hijo puede recibir los demás tratamientos recomendados, o bien usted puede optar cualquier otra clínica de su elección. El odontólogo se comunicará de inmediato con usted si fuera necesario realizar algún tratamiento de urgencia o emergencia.

Se cobra un cargo administrativo de USD 30 por la visita odontológica. También se aceptan reembolsos de seguro médico personal o Medicaid como forma de pago. Asegúrese de incluir los datos del seguro médico personal o Medicaid de su hijo con el formulario de registro y consentimiento de tratamiento adjunto. Si su hijo no posee un seguro médico personal o Medicaid, se le enviarán una solicitud de pago por correo por el cargo de USD 30 y un sobre de respuesta de color azul, con su domicilio impreso, que se le entregará a su hijo. El cargo no se cobrará durante la visita.

Si usted desea que su hijo reciba los servicios odontológicos prestados por el Smile Mobile del MCPHD, sírvase completar el formulario adjunto referido a los antecedentes personales de su hijo, su pediatra y un número telefónico donde usted (o cualquier otro miembro adulto de la familia) pueda ser ubicado durante el horario escolar. Firme el formulario y envíelo de inmediato a la escuela de su hijo. Recuerde no enviar dinero con el formulario ni darle dinero a su hijo.

Esperamos poder satisfacer las necesidades de salud dental de su hijo a través de nuestros servicios odontológicos.

Atentamente,

El Equipo Odontológico del Smile Mobile del MCPHD

\* Para que su hijo pueda recibir nuestros servicios, sírvase responder todas las preguntas en tinta y enviar el presente formulario completo a la escuela del niño.