

Forma del consentimiento dental y del historial médico para un adulto

Asociados dentales de la higiene que visitan

Por favor impresión en tinta

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: __/__/____ Varón Hembra Email address: _____

Dirección: _____

 (Calle) (Ciudad/ciudad) (Estado)
 (Código postal)

Teléfono: Email del _____:

_____/_____/_____ largo de la facilidad del cuidado del término

Por favor díganos *su* raza:

Natural indio/de Alaska americano Asiático Americano negro/africano Hispanico/Latino

Blanco # Otro

Información de la salud:

1. ¿Usted está tomando medicación ahora? SÍ NO

Si sí, enumere por favor prescrito y excedente las medicaciones contrarias que usted admite el espacio abajo:

2. ¿Un dentista o un médico siempre le ha dicho que usted necesite tomar los antibióticos (penicilina) antes que tienen tratamiento dental? SÍ NO

3. Compruebe por favor cualesquiera enfermedades o condición que usted haya tenido SIEMPRE:

# Abuso de alcohol	# Abuso de la droga	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática
# Alergias a las medicinas	# Epilepsia	# Rapias
# Problemas de la anemia o de la sangre	# Glaucoma	# Problemas del sino
<input type="checkbox"/> Cualquieres dolencias del corazón	<input type="checkbox"/> Murmullos del corazón	# Movimiento
# Artritis	# Hepatitis A, B, C	# Problemas de la tiroides
# Empalme artificial	<input type="checkbox"/> Tensión arterial alta	# Tuberculosis
# Asma	# Sistema inmune, VIH, SIDA, ARCO	<input type="checkbox"/> Úlcera o colitis
<input type="checkbox"/> Cáncer o quimioterapia	<input type="checkbox"/> Problemas del riñón	# Uso del tabaco, cigarrillos, chew
# Diabetes	<input type="checkbox"/> Problemas del hígado	# Enfermedad sexual transmitida
	<input type="checkbox"/> Cuidado psiquiátrico/problemas emocionales	

4. ¿Usted tiene otras condiciones de la salud? SÍ NO

Si sí, por favor

_____ de
la lista.

5. ¿Usted tiene alergias? *Si sí*, compruebe por favor todo el que aplíquese: SÍ NO
 Penicilina Antibióticos Anestésicos Colophonium Aspirina Alimentos Látex
☞ Resinas ☞ Otro: _____

6. ¿Usted tiene un dentista? SÍ NO

Nombre de la localización del dentista y de la oficina:

¿Cuándo usted último vio a su dentista?

7. ¿Qué usted hace la toma cuidó de sus dientes y gomas?

☞ El cepillar diario del diente ☞ El flossing diario ☞ estimuladores Inter-dentales ☞
Dispositivo del jet de agua

8. ¿Usted tiene dolor en su boca hoy? SÍ NO

9. Usted tiene **SEGURO DENTAL**? SÍ NO

Si usted tiene seguro dental, compruebe por favor qué y termine abajo

☞ Cruz/protector azules ☞ Delta dental ☞ Salud total/Medicaid El otro

<u>MassHealth</u>
MassHealth LIBRE el número

Entiendo que el proveedor dental, VDHA, puede usar mi información de salud para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Me han dado una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad del Proveedor Dental.

He leído y entiendo los servicios que puede proporcionarme este programa dental y consiento en participar. Entiendo que puedo continuar recibiendo atención dental a través de cualquier otro proveedor. Entiendo que estos servicios no son un sustituto de un examen realizado por un dentista. Entiendo que debo obtener un examen dental por un dentista dentro de 90 días, si no he tenido uno, y si es necesario, este programa me proporcionará una lista de dentistas en mi área.

Autorizo al proveedor dental a consultar con mi (s) proveedor (es) médico (s) como sea apropiado para mi salud y la provisión de cuidado dental. Si es aplicable, autorizo al programa dental a proporcionar un resumen escrito del examen y los servicios proporcionados al designado oficial de mi centro de cuidado a largo plazo o institución o institución residencial.

Si tengo seguro dental, autorizo a mi compañía de seguros a ser facturada por los servicios prestados. Entiendo que este tratamiento puede afectar mis derechos y beneficios futuros bajo mi seguro dental. Si no tengo seguro dental, pagaré al Proveedor Dental por todos los servicios dentales que se me cobran.

X _____ Fecha: ____/____/____ Relación con el Paciente: _____
Paciente / Representante Legal Firma

Nombre en letra de imprenta Número telefónico durante el día Teléfono celular

