



CENTRO DE SALUD COMUNITARIO DE MISSOURI CENTRAL
FORMULARIO DE INSCRIPCION



INFORMACION DEL PACIENTE					
Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nac: / /	
Dirección:		Ciudad, Estado:		Código Postal:	Condado:
Teléfono de casa: ()		Teléfono Celular: ()		Correo electrónico:	
Raza (Circular uno) Blanco/ negro o afroamericano/ multirracial/ indio americano o nativo de Alaska/ asiático/ indio asiático/ Hawaiano o isleño del Pacífico/ Otro isleño del Pacífico no hawaiano/ Chino/ Filipino/ Coreano/ Vietnamita/ Otro asiático/ Guameño o Chamorro/ Samoano/ Otros:				Hispano o de Origen Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, especifique (circular uno): Mexicano/ Mexicano Americano/ Chicano Puertorriqueño/ Cubano/ Otros	
Idioma Preferido: <input type="checkbox"/> ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros:		Necesita interprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Es Usted Veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Médico Primario:		Dentista:		¿Necesita información sobre directivas anticipadas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
INFORMACION DEL ENCARGADO / PARTIDARIO					
Nombre del responsable:		Fecha de Naci: / /	Relacion / parentesco de la parte responsable al Paciente: <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Padre / Encargado <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Otro:		
Dirección (Si es diferente a la del Paciente):			Ciudad, Estado:		Código Postal:
Teléfono de casa: ()		Teléfono Celular: ()		Es esta persona un paciente aqui? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
CONTACTO DE EMERGENCIA					
Nombre de amigo o familiar que no habite con usted:		Relacion con el Paciente:	Teléfono de casa: ()	Teléfono Celular: ()	
INFORMACION DE SEGURO MEDICO					
(Proporcione informacion completa de su Seguro Medico sin importar el tipo de servicio utilizado. Proporcionar TODAS las tarjetas a la recepcionista.)					
Seguro médico Primario: <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado/Comercial:		Nombre del suscriptor:			
		Fecha de nacimiento: / /	Póliza / Número de identificación:		
Seguro médico Secundario: <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado/Comercial:		Subscriber Name:			
		Fecha de nacimiento: / /	Póliza / Número de identificación:		
Seguro Dental Primario: <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado/Comercial:		Nombre del suscriptor:			
		Fecha de nacimiento: / /	Póliza / Número de identificación:		
Seguro Dental Secundario: <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado/Comercial:		Nombre del suscriptor:			
		Fecha de nacimiento: / /	Póliza / Número de identificación:		
COMO UNA INSTALACION FEDERAL, ESTAMOS OBLIGADOS A HACER LAS SIGUIENTES PREGUNTAS					
INGRESO ANUAL – Por favor circule, junto al tamaño de su familia, el Rango de Ingresos que mejor ADAPTE a su hogar.					
Aunque no somos una clínica gratuita, ofrecemos tarifas con descuento (nominales) a pacientes elegibles. Proporcionar lo siguiente puede ayudarnos a determinar la elegibilidad para dichos programas.					
Tamaño de la Familia					
1	\$0 - \$15,960	\$15,961 - \$23,940	\$23,941 - \$27,930	\$27,931 - \$31,920	\$31,921 y mas
2	\$0 - \$21,640	\$21,641 - \$32,460	\$32,461 - \$37,870	\$37,871 - \$43,280	\$43,281 y mas
3	\$0 - \$27,320	\$27,321 - \$40,980	\$40,981 - \$47,810	\$47,811 - \$54,640	\$54,641 y mas
4	\$0 - \$33,000	\$33,001 - \$49,500	\$49,501 - \$57,750	\$57,751 - \$66,000	\$66,001 y mas
5	\$0 - \$38,680	\$38,681 - \$58,020	\$58,021 - \$67,690	\$67,691 - \$77,360	\$77,361 y mas
6	\$0 - \$44,360	\$44,361 - \$66,540	\$66,541 - \$77,630	\$77,631 - \$88,720	\$88,720 y mas
7	\$0 - \$50,040	\$50,041 - \$75,060	\$75,061 - \$87,570	\$87,571 - \$100,080	\$100,080 y mas
8	\$0 - \$55,720	\$55,721 - \$83,580	\$83,581 - \$97,510	\$97,511 - \$111,440	\$111,440 y mas
Mi firma asegura y confirma que la informacion es exacta y verdadera de acuerdo a mi conocimiento:					
Firma del Paciente o Encargado:				Fecha:	

POLÍTICAS GENERALES Y CONSENTIMIENTOS

HORARIOS DE LAS CITAS

Es importante que se presente a todas las citas a tiempo. Todos los **pacientes nuevos** deben registrarse al menos 30 minutos antes de su cita. Todos los **pacientes establecidos** deben registrarse al menos 15 minutos antes de su cita. Esto dará tiempo para completar todo el papeleo necesario y permitirá que el personal lleve al paciente a la sala de examen a la hora real de la cita. Esto permitirá una visita mucho más fluida y oportuna. Si no se registra a tiempo, puede resultar en la necesidad de reprogramar.

Todos los menores (niños menores de 17 años) deben estar acompañados por un padre o tutor legal en todas las citas.

CITAS PERDIDAS

Nuestra política de citas perdidas se aplica estrictamente, ya que realmente deseamos brindar atención oportuna y de calidad a nuestros pacientes, pero esto se vuelve difícil cuando los pacientes pierden las citas programadas. Una cita perdida incluye cualquier cita para la cual el paciente no se presente en la clínica/ubicación designada, una cita no cancelada/reprogramada con al menos 24 horas de anticipación y llegar tarde que requiera una reprogramación.

Valoramos a la familia aquí y entendemos que a menudo es más fácil programar todas las citas el mismo día. Si pierde citas programadas para varios miembros de la familia, cada miembro de la familia solo recibirá citas en días diferentes en el futuro. Si un niño requiere tratamiento, es importante asistir a estas citas para que pueda recibir la atención necesaria. No traer a un niño para recibir tratamiento se considera negligencia. CHCCMO está obligado a informar casos sospechosos de negligencia.

En caso de que se pierdan excesivamente las citas, CHCCMO tiene derecho a otorgar atención en caso de emergencia o sin cita previa. Para pacientes dentales, consulte los Consentimientos dentales para obtener más información sobre las políticas específicas para la odontología.

ACUERDO FINANCIERO

Se espera el pago en el momento del servicio. Si se ha proporcionado seguro, por la presente autoriza a CHCCMO a divulgar la información médica necesaria para procesar sus reclamos. Además, también está autorizando el pago de los beneficios del seguro que se pagarán directamente a CHCCMO. Usted comprende que es responsable de los copagos, coseguros, deducibles o servicios no cubiertos.

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR

Entiendo que mi proveedor recomendará un plan de tratamiento destinado a mejorar mi salud y bienestar. Al firmar a continuación, doy mi consentimiento para recibir la atención que se considere aconsejable de un proveedor de CHCCMO. Dicho tratamiento puede incluir, entre otros, exámenes y pruebas de diagnóstico básicas. Entiendo que el incumplimiento del tratamiento recomendado podría resultar en un empeoramiento de mi condición o un mayor riesgo de complicaciones. Doy fe de que tengo la autoridad legal para tomar decisiones de atención médica y actuar en nombre del paciente si el paciente es menor de edad o está incapacitado.

CONDUCTA DEL PACIENTE

CHCCMO se compromete a proporcionar un entorno seguro para todos los pacientes, empleados y visitantes. No se tolerará el comportamiento violento, agresivo o verbalmente abusivo y puede resultar en la expulsión de las instalaciones.

OBJETOS DE VALOR PERSONALES

Reconozco que CHCCMO no es responsable de ninguna propiedad personal traída a las instalaciones de CHCCMO.

He leído y entiendo completamente las políticas y consentimientos incluidos en este formulario.

FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR LEGAL

FECHA

POLÍTICAS Y CONSENTIMIENTOS DEL DEPARTAMENTO DENTAL

POLÍTICA DE CONFIRMACIÓN

Entiendo que programar una cita requiere que me comprometa a confirmar y asistir a la cita. Si la clínica no puede confirmar mi cita por teléfono o mensaje de texto **con al menos 24 horas de anticipación, la cita será cancelada** y ocupada por otros pacientes. Entiendo que si mi número de teléfono cambia, sigue siendo mi responsabilidad comunicarme con la clínica y confirmar mi cita. Puedo volver a nombrar llamando a la clínica, pero esta misma limitación aún se aplicará, lo que significa que debo confirmar la cita por teléfono o mensaje de texto.

NO PRESENTARSE

Después de su cita inicial perdida, cualquier cita futura se cancelará y reprogramará una a la vez. **Cualquier paciente que tenga 2 citas perdidas dentro de un período de 6 meses no podrá programar una cita por un período de 6 meses.** Durante ese tiempo, el paciente puede buscar atención solo a través de "citas el mismo día"; deberá llamar a la oficina el día que desee buscar atención para ver si hay vacantes disponibles para que podamos ayudarlo.

Si un paciente es reincorporado para ser atendido después de su período de 6 meses o programado para una visita el mismo día y acumula otra cita perdida, **no podrá programar una cita durante 1 año** y será atendido solo para necesidades dentales emergentes bajo nuestro programa limitado.

CONSENTIMIENTO DENTAL GENERAL

Autorizo a CHCCMO a realizar los procedimientos que se consideren necesarios o aconsejables para mantener mi salud dental o la salud dental de cualquier menor u otra persona de la que tenga responsabilidad, incluida la disposición y / o administración de cualquier sedante (incluido el óxido nitroso), analgésico, terapéutico y / u otro agente farmacéutico, incluidos los relacionados con la restauración, tratamientos paliativos, terapéuticos o quirúrgicos

Entiendo que la administración de anestesia local puede causar una reacción adversa o efectos secundarios, que pueden incluir, entre otros, hematomas, hematoma, estimulación cardíaca, dolor muscular y entumecimiento temporal o raramente permanente. Entiendo que ocasionalmente las agujas se rompen y pueden requerir una recuperación quirúrgica. Ocasionalmente, las gotas de anestésico local pueden entrar en contacto con los ojos y los tejidos faciales y causar irritación temporal.

Entiendo que como parte del tratamiento dental, incluidos los procedimientos preventivos como limpiezas y odontología básica, incluidos los empastes de todo tipo, los dientes pueden permanecer sensibles o incluso posiblemente bastante dolorosos tanto durante como después de completar el tratamiento. Los materiales dentales y los medicamentos pueden desencadenar reacciones alérgicas o de sensibilidad.

Después de citas prolongadas, los músculos de la mandíbula también pueden estar adoloridos o sensibles. Mantener la boca abierta puede, en un paciente predispuesto, precipitar un trastorno de la ATM. Las encías y los tejidos circundantes también pueden ser sensibles o dolorosos durante y / o después del tratamiento. Aunque es raro, también es posible que la lengua, la mejilla u otros tejidos orales se desgasten o laceren (corten) inadvertidamente durante los procedimientos dentales de rutina. En algunos casos, es posible que se requieran suturas o tratamiento adicional.

Entiendo que como parte del tratamiento dental, los artículos que incluyen, entre otros, coronas, pequeños instrumentos dentales, componentes de taladros, etc., pueden aspirarse (inhalarse en el sistema respiratorio) o tragarse. Esta situación inusual puede requerir que un médico u hospital tome una serie de radiografías y, en casos raros, puede requerir una broncoscopia u otros procedimientos para garantizar una extracción segura.

Entiendo la necesidad de revelar al dentista cualquier medicamento recetado que se esté tomando actualmente o que se haya tomado en el pasado, como Phen-Fen. Entiendo que tomar la clase de medicamentos recetados para la prevención de la osteoporosis, como Fosamax, Boniva o Actonel, puede provocar complicaciones de no cicatrización de los huesos de la mandíbula después de una cirugía oral o extracciones dentales.

Asumo voluntariamente todos y cada uno de los riesgos posibles, incluido el riesgo de daño sustancial y grave, si lo hubiera, que pueda estar asociado con los procedimientos generales de tratamiento preventivo y operativo con la esperanza de obtener los posibles resultados deseados, que pueden o no lograrse, para mi beneficio o el beneficio de mi hijo menor o pupilo. Reconozco que se me ha explicado la naturaleza y el propósito de los procedimientos anteriores si es necesario y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas.

FIRMA DEL PACIENTE, PADRE O TUTOR LEGAL

FECHA

CONSENTIMIENTO DE INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN DE SALUD

El Intercambio de Información de Salud (HIE) permite que múltiples proveedores de servicios de salud vinculen los registros médicos electrónicos. Cuando vaya a un proveedor de salud, Community Health Center of Central Missouri puede compartir y/u obtener mis registros médicos a través del HIE. Todos los proveedores deben tener suficiente información personal para demostrar que tienen una relación de tratamiento con usted como paciente antes de que HIE le brinde acceso a la información. Un HIE es importante porque compartir información mejora la atención médica.

Community Health Center of Central Missouri se asocia con los siguientes HIE:

- Tiger Institute Health Information Alliance
- Carequality/SureScripts

Puedes elegir si quieres participar en el HIE. La atención que recibe de los proveedores de CHCCMO no depende de si decide participar en el HIE. Con este formulario puedes elegir entre 2 opciones:

Opción 1 - Optar por participar

Por la presente autorizo al Centro de Salud Comunitario de Missouri Central a LIBERAR y OBTENER todos mis registros médicos e información médica, incluyendo cualquier condición física o mental, condición psicológica, evaluación psiquiátrica y tratamiento, psicoterapia, asesoramiento, adicción de drogas, estado de infección, VIH / SIDA, pruebas genéticas o tratamiento para el abuso de alcohol o drogas, aunque dicha información está protegida por la ley federal, por encima de HIE antes mencionados.

El propósito de esta divulgación es con fines de tratamiento, los servicios de salud y la continuidad de la asistencia médica. Autorizo específicamente la divulgación de la información de mi médico hacia y de parte de los HIE mencionados anteriormente en un formato electrónico.

Opción 2 - Optar por no participar

Al firmar este formulario, usted reconoce que comprende las siguientes declaraciones:

- Entiendo que estoy firmando este formulario porque no quiero que mis registros de salud se compartan con mis proveedores y miembros del equipo de atención médica a través de los HIE mencionados anteriormente.
- Entiendo que este formulario de exclusión voluntaria solo se aplica a los HIE mencionados anteriormente en los que participa Community Health Center of Central Missouri y NO cubre ni afecta mi exclusión voluntaria de ningún otro HIE.
- Puedo optar por unirme a los HIE en los que participa Community Health Center of Central Missouri en cualquier momento firmando un formulario de solicitud de suscripción de HIE.
- Entiendo que al optar por no participar en los HIE anteriores, mis proveedores no tendrán acceso inmediato a información crítica sobre mi salud accesible a través de estos HIE. Esto puede afectar la capacidad de mi proveedor para ver una imagen completa de mi salud, lo que podría limitar su capacidad para tomar las mejores decisiones posibles sobre mi atención.
- Esta solicitud puede tardar hasta 3-5 días hábiles en surtir efecto.

Optar – Elijo optar por el HIE; Doy mi consentimiento para que CHCCMO comparta toda la información de salud a través del HIE. Esta autorización es válida hasta que sea revocada por mí por escrito, y será efectiva en la fecha de recepción.

Optar por no participar: elijo optar por no participar en el HIE; Estoy solicitando que no se comparta ninguna de mi información de salud a través del HIE.

Firma del paciente o tutor legal

Relación con el paciente

Fecha

ATESTIGUADO POR

FECHA

Nombre del paciente: _____ DOB: _____

ACUERDO HIPAA

Entiendo que bajo la Ley y Portabilidad de Seguro de Salud (“HIPAA”) de 1996, tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida (PHI). Entiendo que esta información puede y será utilizada para:

- Conducta, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre los múltiples proveedores de atención médica que puedan estar involucrados en el tratamiento de forma directa e indirecta
- Obtener el pago de terceros pagadores
- Llevar a cabo las operaciones de cuidados de salud, tales como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas

Entiendo que puedo solicitar una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi PHI. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Aviso de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo contactar esta organización en cualquier momento para obtener una copia actualizada del Aviso de prácticas de privacidad.

Enumere a continuación las personas con las que le gustaría que CHCCMO pueda hablar sobre su atención, tratamiento, pago o citas (o las de sus dependientes). Para los menores, asegúrese de que todos los tutores legales estén en la lista. Cualquier persona que no figure en este formulario no podrá acceder a ninguna información sobre su atención médica. CHCCMO les pedirá a estas personas que se identifiquen antes de compartir cualquier PHI.

Yo, _____, doy mi permiso para que el personal del Centro de Salud de la Comunidad para analizar toda la información médica con:

Nombre	Relación con paciente

Nombre (Imprimir): _____ Relación con el paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____

HISTORIA DENTAL

Bienvenido - Cuéntanos sobre ti

¿Tiene un médico personal? Sí No

Nombre del médico: _____

Teléfono del médico: _____ Fecha de la última visita: _____

Su salud física actual es: Buena Regular Mala

¿Está actualmente bajo el cuidado de un médico? Sí No

Sírvase explicar: _____

¿Tienes un guardián? Sí No En caso afirmativo, ¿quién? _____

¿Consumes tabaco en alguna forma? Sí No

¿Qué forma de tabaco? _____ ¿Está interesado en dejar de fumar? Sí No

¿Le han colocado varillas de metal, alfileres o implantes? Sí No

¿Está tomando algún medicamento? Sí No

Por favor, enumere cada uno: _____

¿Alguna vez ha tenido algún procedimiento quirúrgico? Sí No

Por favor, enumere cada uno: _____

HISTORIAL MÉDICO

Sí	No	Condición
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangrado anormal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TDAH/TDAH
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuso de alcohol
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angina de pecho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Artritis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Válvula cardíaca artificial
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autismo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terapia con bifosfonatos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusión de sangre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quimioterapia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Discapacidad cognitiva
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defecto cardíaco congénito
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EPOC
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depresión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abuso de drogas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfisema
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ampollas de fiebre

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza frecuentes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Glaucoma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH/SIDA
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infarto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Soplo cardíaco
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cirugía cardíaca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemofilia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis C
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reemplazo de articulaciones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas renales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad hepática
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial baja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prolapso de la válvula mitral
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Marcapasos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas psiquiátricos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radioterapia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias estacionales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades de transmisión sexual
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes zóster
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de células falciformes
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas sinusales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Golpe

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de tiroides
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Endocarditis infecciosa

Sí	No	Alergias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alfa-gal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Codeína
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anestésicos dentales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eritromicina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Joyería
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Látex
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Metales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Penicilina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tetraciclina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro:

Sí	No	Solo para mujeres
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Tomar anticonceptivos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Estás embarazada?
		En caso afirmativo, # de semanas _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Estás amamantando?

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Describa cualquier tratamiento médico actual, incluidos medicamentos, cirugía pendiente, lesiones recientes o cualquier otra información que el dentista deba tener en cuenta que no se discutió anteriormente:

QUEJA DENTAL PRINCIPAL:

POR FAVOR EXPLIQUE _____

¿TIENE ACTUALMENTE PROBLEMAS CON EL DOLOR DENTAL O EL MANEJO DEL DOLOR? SÍ NO

SI ES ASÍ, ¿QUÉ TAN GRAVE ES EN UNA ESCALA DE 1-10 SIENDO 10 PEOR? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Certifico que he leído la información anterior y que es fiel a mi leal saber y entender. Reconozco que mis preguntas, si las hubiera, sobre las preguntas expuestas anteriormente han sido respondidas a mi satisfacción. No responsabilizaré a mi dentista, ni a ningún otro miembro de su personal, por cualquier error u omisión que pueda haber cometido al completar este formulario.

Firma del paciente, padre, tutor legal

Fecha

Firma del medico

Fecha