**Consentimiento del paciente para recibir tratamiento dental e historial médico**

**Por favor, rellene las partes delantera y trasera de este formulario y firme como padre, madre o tutor del niño ("paciente").**

TeamSmile proporcionará atención dental y cuidado preventivo gratuitos, incluyendo, sin limitación, exámenes de diagnóstico, radiografías, limpiezas profesionales, selladores, empastes, extracciones, pulpotomías, coronas, y al mismo tiempo educación para el paciente en el valor de un compromiso de por vida en la atención a la salud oral.

#### Información sobre su paciente que debe ser rellenada por el progenitor o tutor legal

# **Organización a la que pertenece el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Edad: \_\_\_\_\_\_ Fecha de nac. del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo del paciente: Masculino \_\_\_\_ Femenino \_\_\_**

**Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Población: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado: \_\_\_\_\_\_\_Zip: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Elegible para Medicaid: Sí \_\_\_\_\_\_\_No\_\_\_\_\_\_\_\_ Almuerzo gratuito y reducido: Sí \_\_\_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Etnia (rodee una con un círculo) Caucásica Amerindia Afroamericana Asiática Hispana Otra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Idioma(s) hablado(s) en el hogar\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del padre/guardián: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Estado civil: Casado/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Soltero/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Divorciado/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Viudo/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono de casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono celular/móvil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR el día de la consulta:**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono preferido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono alternativo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Al marcar cada recuadro, usted acepta la siguiente declaración:**

* Doy mi consentimiento para que el paciente participe en pintura facial
* Doy mi consentimiento para que el paciente participe en actividades físicas mientras se encuentra en el programa (p.ej. saltar a la cuerda, lanzamiento de pelota, yoga)
* Doy mi consentimiento para el paciente que sea filmado/fotografiado con el entendimiento de que puede ser utilizado con fines promocionales

*(El hecho de no marcar las casillas de arriba no afectará a la capacidad para recibir tratamiento.)*

**Nombre del progenitor/tutor (letra de imprenta) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Al marcar cada recuadro, usted acepta la siguiente declaración:**

* A mi leal saber, las preguntas sobre el historial médico de la página 2 han sido respondidas correctamente y con precisión.
* Doy consentimiento para que el paciente reciba los cuidados preventivos para ayudar a evitar y diagnosticar caries dentales y enfermedades de las encías que pueden incluir pero no se limitan a, radiografías, limpieza dental, flúor y/o selladores (los selladores cubren la parte para masticar del diente para ofrecer una protección adicional).
* Doy mi consentimiento para que el paciente reciba anestesia local (adormecimiento de los dientes) y el tratamiento dental que puede incluir, sin limitación, empastes, coronas de acero inoxidable y pulpotomías, todos ellos realizados por un dentista de TeamSmile.
* Doy mi consentimiento para que el paciente reciba anestesia local (adormecimiento de los dientes) y tratamiento dental, que puede incluir, extracciones realizadas por un dentista de TeamSmile.

Entiendo que el paciente no recibirá tratamiento dental menos que dé mi consentimiento. Entiendo además que no se me ha hecho promesa o garantía alguna con respecto de los resultados de cualquier tratamiento o procedimiento. Entiendo que hay riesgos inherentes en cualquier tratamiento dental, incluyendo, pero sin limitación, hinchazón, moretones, reacción alérgica, cambios en el dolor, etc. Al firmar a continuación, usted está de acuerdo en NO responsabilizar a TeamSmile o a sus voluntarios de la realización de cualquier tipo de atención preventiva o tratamiento dental diagnosticado y recomendado por profesionales dentales autorizados. La misión de TeamSmile es proporcionar al paciente atención dental y cuidados preventivos gratuitos. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en haya sido realizada, enviando solicitud escrita por correo electrónico a: info@teamsmile.org. Doy fe de que entiendo la información de este formulario y de que se me ha dado la oportunidad de realizar cualquier pregunta que pudiera tener.

**Nombre del progenitor/tutor (letra de imprenta) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Historial médico**

**Debe completarse el formulario para el tratamiento**

Aunque el personal dental trata principalmente el área de la boca y alrededor, la boca es una parte de su cuerpo. Los problemas de salud que pueda tener el paciente o los medicamentos que el **paciente puede estar tomando o que ha tomado**, podrían tener una importante correlación con la odontología que recibirá el paciente. Gracias por responder las siguientes preguntas.

¿El paciente se encuentra bajo cuidado médico? □ Sí □ No Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Está el paciente tomando algún medicamento? □ Sí □ No Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿El paciente ha sido hospitalizado por una emergencia dental? □ Sí □ No Si la respuesta es sí, explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha visitado un dentista el paciente con anterioridad? □ Sí □ No

¿Tiene el paciente en la actualidad un hogar dental? □ Sí □ No

¿Tiene el paciente algún dolor dental ahora? □ Sí □ No

¿Hay algo más que deberíamos saber sobre la salud del paciente? Escríbalo a continuación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Indique si el paciente tiene alguna de estas alergias:**

□ Aspirina □ Penicilina □ Codeína □ Anestesia local □ Metal □ Látex □ Anestésicos locales □ Maní/cacahuetes □ Alergia a frutos secos □ Otros En caso afirmativo, por favor explique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿El paciente tiene, o ha tenido, alguna de las condiciones siguientes?**

□ SIDA/VIH positivo □ Dolores de pecho □ Frecuentes dolores de cabeza □ Ritmo cardíaco irregular □ Escarlatina

□ Anemia □ Ampollas/aftas bucales □ Herpes genital □ Problemas de riñón □ Herpes zóster

□ Angina □ Trastorno congénito □ Fiebre del heno □ Leucemia □ Anemia drepanocític

del corazón

□ Válvula cardíaca artificial □ Convulsiones □ Ataque al corazón □ Enfermedad hepática □ Problemas de sinusitis

□ Articulación artificial □ Medicina cortisona □ Soplo cardíaco □ Presión arterial baja □ Espina bífida

□ Asma □ Diabetes □ Marcapasos □ Enfermedad pulmonar □ Enfermedad

estomacal/intestinal

□ Enfermedad hematológica □ Epilepsia o convulsiones □ Problemas cardíacos □ Prolapso de la □ Apoplejía

válvula mitral

□ Transfusión de sangre □ Sangrado excesivo □ Hemofilia □ Dolor en la mandíbula □ Hinchazón de extremidades

□ Problema de respiración □ Sed excesiva □ Hepatitis A □ Enfermedad paratiroidea □ Enfermedad tiroidea

□ Fácil aparición de □ Desmayos/vértigo □ Hepatitis B o C □ Atención psiquiátrica □ Amigdalitis

moretones

□ Cáncer □ Tos frecuente □ Herpes □ Radioterapia □ Tuberculosis

□ Quimioterapia □ Diarrea frecuente □ Presión arterial alta □ Pérdida de peso reciente □ Tumores o masas

□ Urticaria o erupción □ Diálisis renal □ Úlceras □ Fiebre reumática □ Ictericia

□ Tubos auditivos □ Infecciones recurrentes □ Pérdida auditiva

del oído

**¿El paciente ha tenido alguna enfermedad grave no mencionada entre las anteriores?** □ Sí □ No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A mi leal saber, las preguntas de este formulario de historial médico se han respondido con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud del paciente. Es mi responsabilidad informar a TeamSmile sobre cualquier cambio en el estado médico del paciente.

**Firma del progenitor/tutor**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Fecha:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_