



QUEENSCARE

### PROGRAMA DENTAL MÓVIL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Para que su hijo pueda participar en el Programa Dental Móvil de QueensCare/USC, por favor, complete y firme este formulario y también el formulario de historial médico de color amarillo que se encuentra adjunto y entrégueselos al maestro/a de su hijo/a.

**Usé tinta negra o azul.**

Con su permiso firmado, su hijo/a tendrá un examen dental que incluye radiografías dentales. Se le notificará sobre los resultados después del examen y las radiografías. Si su hijo/a necesita tratamiento adicional, se enviara a casa un formulario separado titulado "Autorización de Tratamiento" (formulario anaranjado). Firme el formulario u devuelvalo al maestro de su hijo/a. El formulario firmado debe entregarse al maestro de su hijo/a antes de que comience el tratamiento.

#### NO SE COBRARA A SU SEGURO

\_\_\_\_\_ **Sí**, quiero que mi hijo participe en el programa dental móvil de QueensCare/USC (Sí elige esta opción, complete este formulario y el formulario Amarillo de historial medico)

\_\_\_\_\_ **No**, no quiero que mi hijo participe en el programa dental móvil de QueensCare/USC. Por favor firme y regrese este formulario al maestro/a de su hijo/a. **Firma del Padre** \_\_\_\_\_

Nombre del Niño \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_ N° de Salón \_\_\_\_\_ Nombre del Maestro/a \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Direccion de escuela \_\_\_\_\_

N° de Teléfono durante el Día \_\_\_\_\_ N° de Teléfono de Emergencia \_\_\_\_\_

N° de Teléfono Celular \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Sexo(circule uno): Hombre    Mujer    Otro

Raza / Grupo Étnico: Latino    Afro Americano    Blanco    Asiático    Isleño Pacífico    Otro

¿Ha ido su hijo/a al dentista en los últimos 6 meses?    Sí    No

Yo, el abajo firmante, padre o tutor del niño mencionado arriba, por la presente autorizo a el Programa Dental Móvil de QueensCare/USC a examinar y hacerle el tratamiento a mi hijo. También autorizo a LAUSD a brindarle al Programa Dental Móvil de QueensCare/USC información de servicios de salud del registro educativo/médico de mi hijo/a. La información solicitada se limitará a la documentación de servicios de salud. Nos comunicaremos con usted por telefono, usando los numeros telefonicos de arriba, porfavor avisenos si esto sera un problema.

**Nombre del Padre / Tutor Legal**

**En letra de molde** \_\_\_\_\_

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

**Porfavor, entregue este formulario a la escuela de su hijo/a lo mas pronto posible.**

**QCI 323-552-3458, QC2 323-552-6875**

**PEDIATRIC DENTISTRY | MEDICAL HISTORY FORM**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Numero de expediente: \_\_\_\_\_  
 Tutor legal del niño (a): \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Relacion con paciente: \_\_\_\_\_  
 Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

**Encierre en un círculo la respuesta adecuada y responda todas las preguntas.**

**Historial Medico**

1. Su hijo tiene alguna condición médica que requiera visitas regulares al médico?regular doctor visits?..... SI NO
  - a. Si es así, por que razón \_\_\_\_\_
2. Consulta su hijo a otros especialistas médicos?..... SI NO
  - a. Si es así, por favor enumere: \_\_\_\_\_
3. Fecha del último examen físico (con el médico): \_\_\_\_\_
  - a. Está su hijo al día con las vacunas..... SI NO
4. Fue prematura su hijo/a?..... SI NO
  - a. Si es así, cuántas semanas? \_\_\_\_\_
  - b. Cualquier complicación con el nacimiento? \_\_\_\_\_
5. Ha tenido su hijo alguna hospitalización o visita a la sala de emergencias? .....SI NO
  - a. Si es así, ¿cuándo y por qué? \_\_\_\_\_
6. Ha tenido su hijo una enfermedad grave o una cirugía? ..... SI NO
  - a. Si es así, ¿cuándo y qué fue? \_\_\_\_\_
7. Su hijo tiene (o ha tenido alguna vez) alguna de las siguientes enfermedades?
  - a. Fiebre reumática o cardiopatía reumática. .... SI NO
  - b. Enfermedad cardíaca congénita o soplo cardíaco ..... SI NO
  - c. Alergia?
    - i. Alergias estacionales .....SI NO
      - a. Comida ..... SI NO
      - b. Que tipo? \_\_\_\_\_
    - ii. Látex ..... SI NO
    - iii. Anestésicos locales ..... SI NO
    - iv. Penicilina u otros antibióticos ..... SI NO
    - v. Drogas sulfa ..... SI NO
    - vi. Barbitúricos, sedantes o somníferos .....SI NO
    - vii. Aspirina .....SI NO
    - viii. Ibuprofeno, morfina, codeína, acetaminofén, meperidina SI NO
    - ix. Otro: \_\_\_\_\_
  - d. Asma .....SI NO
  - e. Problemas pulmonares, tos frecuente o antecedentes de neumonía..... SI NO
  - f. Urticaria o erupción cutánea .....SI NO
  - g. Desmayos .....SI NO
  - h. Hepatitis, ictericia o enfermedad hepática. .... SI NO
  - i. Diabetes, hipoglucemia o hiperglucemia ..... SI NO
  - j. Reumatismo inflamatorio (articulaciones dolorosas o hinchadas).....SI NO
  - k. Ronquidos ..... SI NO
  - l. Apnea del sueño ..... SI NO
  - m. Reflujo o enfermedad gastrointestinal ..... SI NO
  - n. Problemas de riñón / vejiga ..... SI NO
  - o. Tuberculosis (TB) / tos persistente o tos con sangre ..... SI NO
  - p. Epilepsia o convulsiones ..... SI NO
  - q. Enfermedad de células falciformes o rasgo ..... SI NO
  - r. Enfermedad de la tiroides / problemas hipofisarios ..... SI NO
  - s. Autismo / trastorno del espectro autista ..... SI NO
  - t. Trastorno por déficit de atención /hiperactividad (ADD/ADHD) SI NO
  - u. Trastornos del desarrollo, problemas / retrasos en el aprendizaje,discapacidad intelectual ..... SI NO
  - v. Hemofilia / trastornos hemorrágicos ..... SI NO
  - w. La discapacidad auditiva ..... SI NO
  - x. Discapacidad visual ..... SI NO
  - y. Conductuales, emocionales, de comunicación o problemas psiquiátricos / tratamiento ..... SI NO
  - z. Labio leporino / paladar hendido .....SI NO
  - aa. Parálisis cerebral .....SI NO
  - bb. Presencia de una derivación .....SI NO
  - cc. SIDA / VIH ..... SI NO
  - dd. Venereal disease/sexually transmitted infection (STI)..... SI NO
  - ee. Otro: \_\_\_\_\_

8. Ha recibido su hijo anestesia general o sedación antes? ..... SI NO
  - a. Si es así, alguna complicación? \_\_\_\_\_
  - b. Cualquier miembro de la familia con alguna complicación? .. SI NO
9. Está su hijo/a tomando medicamentos ahora?..... SI NO
  - a. Si es así, ¿están tomando alguno de los siguientes?
    - i. Antibióticos o sulfonamidas ..... SI NO
    - ii. Anticoagulantes (diluyentes de la sangre) ..... SI NO
    - iii. Medicamentos para el asma .....SI NO
    - iv. Medicina para la hipertensión arterial ..... SI NO
    - v. Cortisona o esteroides ..... SI NO
    - vi. Tranquilizantes ..... SI NO
    - vii. Aspirina o cualquier analgésico .....SI NO
    - viii. Dilantin u otro anticonvulsivo .....SI NO
    - ix. Insulina, tolbutamida, orinasa o un fármaco similar ... SI NO
    - x. Suplementos vitamínicos o herbales ..... SI NO
    - xi. Cualquier otro? \_\_\_\_\_
10. Ha tenido su hijo sangrado anormal asociado con cirugías, extracciones o accidentes previos? ..... SI NO
11. Su hijo/a tiene moretones fácilmente? .....SI NO
12. Alguna vez su hijo ha tenido un trasplante de órgano o trasplante de médula osea..... SI NO
13. Alguna vez su hijo/a ha requerido una transfusión de sangre? .....SI NO
14. Su hijo tiene algún trastorno sanguíneo como anemia, etc.? ..... SI NO
15. Ha tenido su hijo alguna vez cirugía, radiografía o quimioterapia por un tumor, crecimiento o cáncer? ..... SI NO

**Historia Dental**

16. Su hijo/a tiene una discapacidad que impide el tratamiento? en un consultorio dental? ..... SI NO
17. Ha tenido su hijo algún problema grave asociado con tratamiento dental previo? ..... SI NO
18. Fecha del último examen dental: \_\_\_\_\_
19. Tiene su hijo antecedentes de alguno de los siguientes?
  - a. Llagas en la boca o ampollas febriles ..... SI NO
  - b. Problemas o características dentales heredados ..... SI NO
  - c. Mal aliento ..... SI NO
  - d. Sangrado de las encías ..... SI NO
  - e. Dolor de muelas / caries ..... SI NO
  - f. Lesión en dientes, boca o mandíbulas ..... SI NO
  - g. Apretar / rechinar los dientes ..... SI NO
  - h. Dientes torcidos ..... SI NO
  - i. Náuseas excesivas ..... SI NO
  - j. Hábitos orales (morderse las uñas, apretar / rechinar los dientes, etc.).....SI NO
20. Hay antecedentes familiares de caries?..... SI NO

**Paciente adolescente (para pacientes de 11 años en adelante)**

21. Su hijo tiene antecedentes de
  - a. Consumo de tabaco (cigarrillos, cigarrillos electrónicos, etc.) ..... SI NO
  - b. Joyas o piercings orales..... SI NO
  - c. Uso indebido de alcohol o drogas recreativas/prescripción médica SI NO
  - d. Consumo de bebidas deportivas (Gatorade, Powerade, etc.)..... SI NO
  - e. Ansiedad / depresión ..... SI NO
22. Su hijo/a participa en deportes o actividades de alta velocidad (esquí, patineta, etc.)?..... SI NO
23. Ha sido inmunizado su hijo contra virus del papiloma humano (VPH)? .. SI NO
24. Está su hija embarazada ahora o cree que puede estarlo..... N/A SI NO
25. Su hija anticipa quedar embarazada?..... N/A SI NO
26. Está su hija tomando anticonceptivos? ..... N/A SI NO
27. \_\_\_\_\_

**Hasta donde yo sé, todas las respuestas anteriores son verdaderas y correctas. Si mi hijo alguna vez tiene un cambio en su salud o sus medicamentos cambian, le informaré al médico en la próxima cita sin falta. Certifico que soy el tutor legal del niño mencionado anteriormente**

Nombre del tutor legal: \_\_\_\_\_ Firma del tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**MEDICAL HISTORY/PHYSICAL EXAM REVIEW (FOR STAFF USE ONLY)**

DATE	ADDITION	STUDENT SIGNATURE	FACULTY SIGNATURE
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____