"WIC Sonríe para Ti" **Programa WIC:** _____

EXPEDIENTE DE SALUD DENTAL **Contacto:** _____

Nombre: _____ **Sexo (M/F)**___ **Raza:**__**N**__**B**__**H**__**O**
(Apellido, Nombre, Segundo Nombre)

Dirección (Casa): _____
Número y Calle **Ciudad** **Estado** **Código Postal**

Fecha de Nacimiento: ___/___/___ **# Teléfono (Casa)** (___)_____ **# Teléfono (Otro)** (___)_____
Mes/Día/Año

Nombre del Doctor: _____ **# Teléfono:**_____

Fecha del Ultimo Examen Médico: ____/____/____ **Razón:**_____
Mes/Dia/Año

¿Estás:
Bajo el cuidado de un doctor en estos momentos? ___Sí ___No
Tomando algún Medicamento? ___Sí ___No

¿Eres ALERGICO(A) a?

Penicilina	___Sí	___No
Anestesia Local	___Sí	___No
Medicinas	___Sí	___No
Otras Alergias	___Sí	___No

¿Tiene MEDICAID? ___Sí ___No **# Medicaid**_____ **# SS**_____

¿Esta bajo el cuidado de un dentista privado? _____Sí _____No
Nombre del Dentista:_____ **Dirección:**_____ **# Teléfono:**_____
¿Tiene seguro dental? ___Sí ___No
Nombre de la Compañía de Seguro:_____ **Número de Póliza:**_____

HA TENIDO ALGUNA VEZ:

Fiebre Reumática	___Sí	___No	**Problemas del Corazón**	___Sí	___No
Diabetes	___Sí	___No	**Hepatitis, Ictericia (Jaundice)**	___Sí	___No
Epilepsia	___Sí	___No	**o Enfermedad del Hígado**		
Mareos o Desmayos	___Sí	___No	**Anemia o Problemas de la Sangre**	___Sí	___No
Terapia de Cortisona	___Sí	___No	**Alta o Baja Presión Arterial**	___Sí	___No
Tuberculosis	___Sí	___No	**Sangramiento excesivo de una cortadura**	___Sí	___No
Problema de Riñones	___Sí	___No	**o después de sacarle un diente**		
Asma	___Sí	___No	**Enfermedades serias en el pasado**	___Sí	___No
Ulceras en el Estómago	___Sí	___No	**Otras enfermedades de la niñez**	___Sí	___No
Problema de Tiroide	___Sí	___No	**Especifique:**_____		

¿Alguna otra información pertinente a su salud que debemos saber?

Especifique:_____

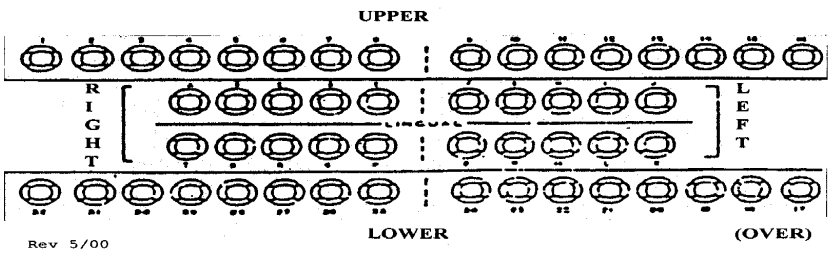
De acuerdo a mi conocimiento, la información anterior es correcta. Doy mi permiso para el tratamiento dental, incluyendo pero no limitado a, los rellenos, el barniz de fluoruro, selladores, coronas, tratamientos de la pulpa, extracciones, tratamiento de emergencia para el alivio del dolor / infecciones, y para rayos X que deben tomarse en el curso de el tratamiento.

X_____ _____
Firma del Paciente, del Padre o del Tutor legal **Fecha**

Recibí una copia de la ley de privacidad de información de salud (Health Insurance Portability Accountability Act (HIPAA) Law) con este Expediente de Salud Dental.

X_____ _____
Firma del Paciente, del Padre o del Tutor legal **Fecha**

ESA SECCION SERA COMPLETADA POR EL DENTISTA



Rev 5/00
jac/DenHlthRec123.xls

DIAGNOSTIC CODE

SOLID ARE INDICATES FILLING PRESENT

ZEBRAS STRIPES INDICATE DECAY PRESENT

VERTICLE LINE INDICATES TO BE EXTRACTED

"X" INDICATES MISSING TOOTH