



31001-01

Children's Healthcare of Atlanta
at Scottish Rite

Dental Clinic

Forma de verificación de medicamentos dados en casa

PATIENT IDENTIFICATION

Estimado paciente, padre o tutor legal:

Por favor, enumere todos los medicamentos que su niño toma actualmente. Esto nos permitirá tener una lista completa para la cita de su niño del día de hoy en nuestro centro.

¿Es alérgico a algún medicamento? Sí No

Si la respuesta es Sí: Nombre del medicamento(s): _____
¿Qué pasa cuando lo toma? Erupción Urticaria Hinchazón Vómito
 Diarrea Otro _____

Mi niño no recibe ningún medicamento actualmente

Medicamento Por favor, escriba el nombre de cada medicamento que su niño toma	¿Cuánto toma? 2 ml, 5 mg, 1 cucharadita, etc.	¿Por qué se lo recetó el médico?	¿Cuándo fue la última vez que lo tomó? 1 p.m., 2 p.m., etc.
<input type="checkbox"/> Tylenol (Acetaminophen)		<input type="checkbox"/> fiebre <input type="checkbox"/> dolor	
<input type="checkbox"/> Motrin /Advil (Ibuprofen)		<input type="checkbox"/> fiebre <input type="checkbox"/> dolor	
<input type="checkbox"/> Antibiótico			
<input type="checkbox"/> Medicamentos para alergia/resfriado/tos			
<input type="checkbox"/> Medicamentos para asma/respiración sibilante			
<input type="checkbox"/> Medicamentos para problemas de conducta			
<input type="checkbox"/> Gotas para ojos/oídos			
<input type="checkbox"/> Hierbas medicinales			
<input type="checkbox"/> Vitaminas/Suplementos nutritivos			
<input type="checkbox"/> Otros medicamentos			

Fuente de información: Paciente Padre Tutor legal Otro

He revisado la lista anterior, y de acuerdo con la información entregada y a mi mejor saber y entender, confirmo que ciertamente estos son los medicamentos que el paciente toma en la actualidad.

Firma del padre (Padre, tutor legal, paciente)

Firma (Médico/ Profesional de la salud)

Fecha



34474-08

Children's Healthcare of Atlanta

Odontología pediátrica
Información del paciente

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Fecha actual: _____

Nombre del paciente: _____
Apellido Primer nombre Segundo nombreDomicilio del paciente: _____
Dirección

Ciudad Estado Código postal

Teléfono del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Teléfono celular: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Vía de contacto preferida: Teléfono del domicilio Teléfono celular Correo electrónico Mujer Hombre Estado civil de los padres naturales: Casados Divorciados Viudo Soltero Separado Unión en pareja

Nombre del médico que lo remitió: _____ Teléfono: _____

Nombre del pediatra: _____ Teléfono: _____

Información de la madre	Información del padre
Nombre completo: _____	Nombre completo: _____
Seguro social #: _____	Seguro social #: _____
Fecha de nacimiento: _____	Fecha de nacimiento: _____
Empleador: _____	Empleador: _____
Ocupación: _____	Ocupación: _____
Dirección del trabajo: _____	Dirección del trabajo: _____
Teléfono del trabajo: _____	Teléfono del trabajo: _____
Dirección del domicilio: <input type="checkbox"/> La misma del paciente _____	Dirección del domicilio: <input type="checkbox"/> La misma del paciente _____
Teléfono del domicilio: <input type="checkbox"/> La misma del paciente _____	Teléfono del domicilio: <input type="checkbox"/> La misma del paciente _____

Información del seguro dental	Información del seguro médico	Información de Medicaid
Número de afiliación: _____	Número de afiliación: _____	Número de afiliación: _____
Nombre del plan: _____	Nombre del plan: _____	Nombre del plan: _____
Número del grupo: _____	Número del grupo: _____	Número del grupo: _____

del seguro social del asegurado: _____ Seguro #1-800 _____

Contacto en caso de emergencia (que no sea uno de los padres): _____ Teléfono: _____

Parentesco con el paciente: _____ Tel. celular/Pager: _____

For Office Use Only:
Comments: _____
<input type="checkbox"/> Referring pediatrician on staff



868

Children's Healthcare of Atlanta at Scottish Rite

Odontología Pediátrica

Pediatric Dentistry

Historia biográfica, médica y dental del paciente

Patient Biographical, Medical, and Dental History

Nombre del paciente: _____

Patient Name

Fecha de nacimiento: _____

Date of Birth

IDENTIFICACION DEL PACIENTE
PATIENT IDENTIFICATION

Fecha de hoy: _____

Today's Date

Nombre del paciente: _____

Patient's Name

Apellido - Last Name

Primer nombre - First Name

Segundo nombre - Middle Name

Género: Femenino Masculino Edad: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Gender: Female Male

Age

Date of Birth:

Grade

School

Nombre del representante legal: _____ # de teléfono de la casa: _____

Legal Guardian's Name

Home Phone Number

de teléfono celular/ buscapersonas: _____ Dirección electrónica: _____

Cell/Pager Number

Email

Dirección: _____

Address

Calle - Street address

Ciudad - City

Estado - State

Código postal - Zip code

Nombres y edades de hermanos (as): _____

Names and ages of brothers and sisters

¿A quién podemos agradecer esta remisión? Amigo Pediatra Dentista Equipo craneofacial Páginas amarillas Otro

Whom may we thank for referring you?

Friend

Pediatrician

Dentist

Craniofacial Team

Yellow Pages

Other

Por favor díganos el nombre de quien lo remitió: _____

Please list name(s) of referral source

Por favor marque cualquier afección que su hijo sufra actualmente o haya tenido en el pasado:

Please check any of these conditions which your child presently has or previously had

Anemia Anemia	Trastornos de los oídos Ear Disorders	Hiperactividad Hyperactivity	Nacimiento prematuro Premature Birth
Asma Asthma	Trastornos convulsivos Seizure Disorders	Parálisis cerebral Cerebral Palsy	Fiebre reumática Rheumatic Fever
Trastornos hemorrágicos Bleeding Problems	Trastornos de los ojos Eye Disorders	Enfermedad renal Kidney Disease	Trastorno estomacal Stomach Problem
Trastorno óseo Bone Disorder	Desmayos Fainting	Enfermedad hepática Liver Disease	Enfermedad de la piel Skin Disease
Trastorno cerebral Brain Disorder	Problemas cardíacos Heart Condition	Enfermedad pulmonar Lung Disease	Problema del habla Speech Problem
Derivación Shunt	Soplo cardíaco Heart Murmur	Retraso mental Mental Retardation	Otra afección Other medical condition
Cáncer Cancer	Presión arterial elevada High Blood Pressure	Trastorno muscular Muscle Disorder	Ninguna- A mi mejor saber y entender, mi niño es saludable y no ha tenido ninguna de estas afecciones. None - To the best of my knowledge, my child is healthy and has not had any of these conditions
Diabetes Diabetes	Trastorno hormonal Hormone Disorder	Trastorno de nariz/garganta Nose/Throat Disorder	



868

Children's Healthcare of Atlanta at Scottish Rite

Odontología Pediátrica

Pediatric Dentistry

Historia biográfica, médica y dental del paciente

Patient Biographical, Medical, and Dental History

Nombre del paciente: _____
Patient Name

Fecha de nacimiento: _____
Date of Birth

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
PATIENT IDENTIFICATION

¿Toma su hijo algún medicamento? No Sí, por favor enumérelos en la hoja de ajuste de medicamentos
Is your child taking any medicines? No Yes, please list on the separate Medication Reconciliation form

¿Tiene su hijo alergia a algún medicamento o comida? No Sí, por favor enumérelo y explique las reacciones: _____
Is your child allergic to any medicines or food? No Yes, please list and describe reactions

¿Es su hijo alérgico al látex? No Sí, por favor explique la reacción: _____
Is your child allergic to latex? No Yes, please describe reaction

¿Ha tenido alguna vez su hijo, picazón o hinchazón después de consultar al dentista, de una cirugía o de algún estudio médico? No Sí
Has your child ever experienced itching or swelling with dental visits, balloons, surgery, or any tests? No Yes

¿Se ha sometido alguna vez su hijo a una cirugía? (incluyendo tubos en los oídos, amígdalas, adenoides, etc.)? No Sí, por favor
Has your child ever had any surgery (including ear tubes, tonsils and adenoids, etc.)? No Yes, please

numere las cirugías y los nombres de los hospitales en donde se las practicaron: _____
list surgeries and the names of the hospitals where they were performed

¿Alguna vez ha estado su hijo hospitalizado? No Sí, por favor enumere las razones y los nombres de los hospitales: _____
Has your child ever been hospitalized? No Yes, please list the reasons and the names of the hospitals

¿Es esta la primera visita de su hijo al dentista? Sí No, por favor enumere las fechas y los servicios recibidos: _____
Is this your child's first visit to the dentist? Yes No, please list dates and services performed

Qué es lo que más le inquieta con respecto a la salud dental de su hijo? _____
What is your main concern about your child's dental health?

¿De dónde proviene su agua potable? Sistema de la ciudad/condado Agua de pozo Agua embotellada
What is the source of your drinking water? City/County System Well Bottled

¿Alguna vez le han dado a su hijo tabletas, gotas o enjuagues de flúor? No Sí
Has your child ever been given fluoride tablets, drops or rinses? No Yes

¿Alguna vez se ha lesionado su hijo la boca o la cara? No Sí
Has your child ever had any injuries to the mouth or face area? No Yes

¿Tiene su hijo alguno de los siguientes hábitos: se chupa el dedo, chupete? No Sí
Does your child have any of the following habits: finger/thumb sucking, pacifier? No Yes

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes su hijo? _____ ¿Quién se los cepilla? _____
How often are your child's teeth brushed? By whom?

Comentarios adicionales: _____
Additional Comments

Certifico que la información médica suministrada anteriormente es correcta. Por medio de la presente autorizo al personal de Odontología a que proporcione tratamiento necesario a mi hijo; dicho tratamiento puede incluir radiografías, fotografías, anestesia local, óxido nítrico, analgesia, sedantes tomados y otros métodos aceptables para lograr estos servicios. Yo informaré al personal de odontología cualquier cambio en la información proporcionada.

I acknowledge that the above medical information is correct. I hereby authorize the Dentistry staff to provide necessary treatment for my child, such treatment may include radiographs, photographs, local anesthetics, nitrous oxide, analgesia, oral sedatives, and other acceptable methods to accomplish these services. I will notify the Dentistry staff of any changes to the information above.

Firma del paciente/ representante legal: _____ Fecha: _____
Legal guardian/Patient's Signature Date