

Por favor, escriba con tinta azul o negra y complete todos los espacios.

Nombre:		
(apellido)	(inicial del segundo nombre)	(nombre)
Nombre preferido:		Pronombres preferidos:
Género:	Fecha de nacimiento:	Edad:
Lugar de nacimiento:		
Dirección:		
(calle)	(ciudad)	(estado, código postal)
Teléfono:		Celular:
Correo electrónico:		
Contacto de emergencia:	Relación:	Teléfono:
Nombre del dentista:	Dirección:	Teléfono:
Fecha de la última visita:	Propósito:	Fecha de las radiografías más recientes:
Nombre del médico:	Dirección:	Teléfono:
Fecha de la última visita	Propósito:	

- ¿Su hijo(a) está disponible para citas múltiples y largas? Sí No (círcule una)
- ¿Su hijo(a) está de buena salud? Sí No
- ¿Tiene su hijo(a) un médico de atención primaria (pediatra o médico familiar)? Sí No
- ¿Su hijo(a) está actualmente bajo el cuidado de un médico especialista por alguna condición médica? Si respondió que sí, asegúrese de que la información del médico esté incluida arriba. Sí No
- ¿Ha habido algún cambio en la salud general de su hijo(a) durante el último año? Sí No
- ¿Cuándo fue el último examen físico de su hijo(a)?

- ¿Ha tenido su hijo(a) alguna enfermedad grave o operación? Si es así, ¿cuál?

- ¿Ha sido hospitalizado su hijo(a) en los últimos cinco años? Si es así, ¿por qué?

- ¿Su hijo(a) tiene miedo al tratamiento dental? En una escala del 1 (completamente cómodo) al 10 (muy temeroso):

- ¿Tiene su hijo(a) alergias a alimentos, medicamentos o otras sustancias? Si es así, ¿cuáles? _____
- ¿Qué medicamentos toma su hijo(a)? Incluya los recetados, de venta libre, suplementos y cannabis.

Marque con una ☒ cada condición que su hijo(a) tenga o haya tenido:

12. Válvula cardíaca dañada o artificial		29. Problemas sinusales		45. Enfermedad hepática o hepatitis	
13. Lesión cardíaca congénita		30. Asma		46. Trastornos de la alimenticios	
14. Endocarditis infecciosa		31. Tos con sangre o tuberculosis		47. Artritis o enfermedades autoinmunes	
15. Otras condiciones cardíacas		32. Tos persistente		48. Osteoartritis (dolor articular)	
16. Articulaciones artificiales		33. Úlceras estomacales		49. Diabetes	
17. Derivación		34. Problemas renales		50. Micción frecuente	
18. Ataque epiléptico, desmayos o convulsiones		35. Presión arterial baja		51. Sed excesiva	
19. Enfermedad de la tiroidea		36. Presión arterial alta		52. Sequedad bucal	
20. Trastorno de salud mental		37. Perro de servicio		53. Relativo con diabetes	
21. Dolores de cabeza frecuentes		38. Problemas de audición		54. Anemia	
22. Herpes labial, herpes oral		39. Problemas de visión		55. Anemia de células falciformes	
23. Cáncer		40. Uso de ayudas de movilidad (andadera, silla de ruedas...)		56. Transfusión de sangre	
24. SIDA u otra condición del sistema inmunológico		41. Parálisis cerebral		57. Trastornos sanguíneos	
25. VIH positivo		42. Trastorno del desarrollo		58. Se magullan fácilmente	
26. Enfermedad periodontal		43. Espectro autista o neurodivergencia		59. Extirpación de amígdalas y/o adenoides	
27. Dependencia de drogas o alcohol		44. Cirugía o radiación de la cabeza o el cuello		60. Sangrado anormal después de atención médica o dental	
28. Uso de esteroides en el último año		44. Uso de productos de nicotina		61. Problemas serios después de tratamiento dental	

62. ¿Su hijo tiene alguna otra condición no mencionada anteriormente?

63. ¿Hay algo que debemos saber para brindar atención adecuada a su hijo(a)?

- | | | |
|---|----|----|
| 64. ¿Su hijo(a) respira por la boca o ronca al dormir? | Sí | No |
| 65. ¿Su hijo(a) tiene selladores dentales | Sí | No |
| 66. Si necesita selladores, ¿está interesado(a)? | Sí | No |
| 67. ¿Autoriza la aplicación de flúor tópico para reducir el riesgo de caries? | Sí | No |

He completado todos los formularios de manera veraz y según mi conocimiento. Notificaré al estudiante si ocurre algún cambio.

Firma del padre/madre o tutor: _____ Fecha: _____



A NUESTRAS FAMILIAS Y AMIGOS DE PACIENTES MENORES

Le damos la bienvenida a usted y a su hijo(a) a la Clínica de los Programas Dentales de Rose State College. Agradecemos su cooperación y apoyo en la formación de nuestros estudiantes.

Los servicios son realizados por estudiantes bajo la supervisión de profesionales dentales con licencia. Estos servicios se brindan en un entorno educativo y no constituyen atención dental completa. Se recomienda mantener visitas regulares con un dentista particular.

Para fomentar la confianza y comodidad entre su hijo(a) y los profesionales, generalmente no se permite la presencia de familiares o amigos en el área de tratamiento. Se pueden hacer excepciones cuando el niño es muy pequeño o tiene necesidades especiales, según el criterio del profesorado y el personal clínico.

Un padre o tutor debe permanecer en el edificio mientras se atiende a niños de 0 a 12 años. Para pacientes de 13 años o más, no es obligatorio que un adulto permanezca en el sitio durante la cita.

La atención debe ser mutuamente beneficiosa. Si no lo es, podría ser necesaria una referencia a otra clínica. Se cobra una tarifa de \$5.00 en cada cita inicial de limpieza dental. Al finalizar la visita, se le informará sobre la condición dental de su hijo(a).

Al firmar este documento, usted otorga su consentimiento para los siguientes procedimientos: limpieza dental, tratamiento con flúor, selladores, radiografías y fotografías (intraorales o individuales), utilizadas únicamente para identificación y atención dental.

Gracias por su cooperación y apoyo,
El profesorado del Programa Dental

He leído y entiendo completamente la información anterior.

Nombre del paciente

_____ Date _____

Firma del padre/madre o tutor

Mi firma verifica que he recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad por escrito aplicable a este centro de tratamiento.

Firma _____

Fecha _____

Rose State College
Programas Dentales Aliados
Formulario de Consentimiento General

Yo, _____, doy mi consentimiento para recibir tratamiento dental proporcionado por estudiantes inscritos en los Programas Dentales Aliados de Rose State College bajo la supervisión de profesionales dentales con licencia. Entiendo que el propósito de estos servicios es educativo y de capacitación profesional.

Tratamientos Ofrecidos: Doy mi consentimiento para recibir los siguientes tratamientos según lo consideren necesario los profesores supervisores y los estudiantes:

Tratamiento Dental: Para proporcionar una atención integral de higiene dental, los estudiantes realizarán un examen intraoral y extraoral completo, evaluación de los tejidos y evaluación clínica antes del raspado, pulido y la aplicación de barniz de flúor. Como parte del tratamiento, puede ser necesario tomar impresiones dentales. Estas impresiones son esenciales para un diagnóstico y planificación precisos de su atención dental.

_____ (iniciales del paciente)

Terapia Periodontal No Quirúrgica: Instrumentación periodontal para el tratamiento de la enfermedad periodontal. Dependiendo de la gravedad, puede ser necesaria anestesia local para mantener la comodidad del paciente y la seguridad del profesional.

_____ (iniciales del paciente)

Examen Radiográfico: Radiografías con fines de diagnóstico. Las radiografías son necesarias para una evaluación oral completa de los dientes y las estructuras de soporte. Los pacientes que no traigan o no consientan en tomar un conjunto actual de radiografías no podrán ser atendidos en la clínica de RSC.

_____ (iniciales del paciente)

Riesgos: Entiendo que existen ciertos riesgos asociados con los procedimientos de higiene dental, incluyendo, entre otros: posible molestia o sensibilidad durante las limpiezas dentales, raras reacciones alérgicas a materiales dentales y exposición mínima a radiación durante los procedimientos de rayos X.

_____ (iniciales del paciente)

Consentimiento Voluntario: Reconozco que estoy dando mi consentimiento para recibir servicios de higiene dental de manera voluntaria y que se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y solicitar aclaraciones sobre la naturaleza y el propósito de los servicios. He leído y comprendido la información proporcionada anteriormente y doy mi consentimiento para recibir servicios de higiene dental en Rose State College según lo indicado.

_____ (iniciales del paciente)

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Consentimiento del Padre/Tutor (si el paciente es menor de edad):

Yo, _____, doy mi consentimiento para los servicios de higiene dental descritos anteriormente en nombre de mi hijo(a) menor _____, y acepto todos los términos y condiciones establecidos en este formulario.

Firma del madre o padre/tutor: _____ Fecha: _____



ROSE STATE COLLEGE
Oficina de Mercadotecnia y Relaciones Públicas

Yo, _____ (por favor, escriba en letra de molde),

_____ **SÍ**
_____ **NO**

autorizo a Rose State College y/o a sus representantes a usar mis fotografías, imágenes en video, nombre y/o citas personales para la promoción de las actividades del Colegio en anuncios impresos y folletos, anuncios en carteleras, el sitio web del Colegio y otros materiales promocionales.

Dirección

Código postal

Teléfono

Correo electrónico

Firma (si es menor de edad, firma del padre, madre o tutor)

Fecha