

UNMC COLLEGE OF DENTISTRY APLICACION PARA TRATAMIENTO DENTAL

NOMBRE DEL NIÑO		DIRECCION	
TELEFONO	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	PRIMER LENGUAJE
NOMBRE DEL PADRE/GUARDIAN		CONTACTO DE EMERGENCIA	

INICIALES DEL PADRE *Por favor ponga sus iniciales en los cuadros que entienda, esté de acuerdo, dé su consentimiento, o piense que es apropiado con la información a la derecha del cuadrado.*

- Por este medio estoy aplicando para que acepten a mi hijo(a) como paciente del Colegio Dental. Tengo conocimiento de que el tratamiento dental será prestado por estudiantes bajo la supervisión del profesorado los cuales tienen licencia para ejercer.

- Yo entiendo que el tratamiento de mi hijo(a) por estudiantes requerirá considerablemente más tiempo que si fuera realizado por un dentista experimentado. Entiendo que hay una posibilidad de que solamente una porción del tratamiento que necesita mi hijo(a) sean proveída, debido a los requerimientos únicos de la institución educativa. También entiendo que no hay garantía de que los resultados del tratamiento realizado sean a su completa satisfacción, aunque se piensa que tales resultados sean satisfactorios.

- Yo les informaré de cualquier enfermedad, alergia o reacciones inusuales a las drogas o medicinas que le hayan ocurrido a mi hijo(a) en el pasado.

- Entiendo que los expedientes dentales, negativos de rayos-X y diagnósticos son propiedad de la Universidad de Nebraska y no pueden ser tomados, o enviados del Colegio Dental. Se le darán copias si las pide.

- He recibido una copia del Aviso de Privacidad del Centro Médico de la Universidad de Nebraska.

- Doy mi consentimiento para el cuidado y tratamiento dental de mi hijo(a) incluyendo pero no limitándose a procedimientos de diagnóstico, examinación dental y tratamiento por estudiantes, profesorado y personal de UNMC Colegio Dental. Reconozco que no se me han garantizado los resultados del diagnóstico, tratamiento, pruebas y examinaciones.

FIRMAS

FIRMA DEL PACIENTE O PERSONA RESPONSABLE (19 O MAYOR)	FECHA (Mes/Día/Año)
FIRMA DE TESTIGOS	

¿Tiene Medicaid su niño? Sí No Si tiene, número de su Medicaid _____

¿Tiene su niño Kids Connection? Sí No Si tiene, número de Kids Connection _____

UNMC COLLEGE OF DENTISTRY MEDICAL HISTORY

Nombre del Niño _____
(Child's Name)

Edad _____
(Age)

Por favor conteste cada pregunta acerca de la historia médica de su niño. Por favor explique los detalles si su respuesta es sí.

Ha tenido su hijo:
Has your child had:

Circule Sí o No
Circle Yes or No

Si contestó sí explique
Please explain if yes

- | | Sí | No |
|---|----|----|
| 1. Problemas del corazón o presión
(Incluyendo murmullo del corazón)
(Heart or blood pressure problems) | Sí | No |
| 2. Convulsiones, ataques o entumecimiento
(Convulsions, seizures or numbness) | Sí | No |
| 3. Problemas con los pulmones (incluyendo asma y tuberculosis)
(Lung problems, asthma, tuberculosis) | Sí | No |
| 4. Problemas con los riñones o vejiga
(Kidney or bladder problems) | Sí | No |
| 5. Hepatitis o problemas del hígado
(Hepatitis or other liver problems) | Sí | No |
| 6. Problemas estomacales o intestinales
(Stomach or intestinal problems) | Sí | No |
| 7. Diabetes
(Diabetes) | Sí | No |
| 8. Problemas de tiroides u hormonales
(Thyroid or other hormonal problems) | Sí | No |
| 9. Artritis o reumatismo
(Arthritis or rheumatism) | Sí | No |
| 10. Trastornos de sangre, anemia o transfusiones
(Blood disorders, anemia or transfusions) | Sí | No |
| 11. Problemas de sangrado
(Bleeding problems) | Sí | No |
| 12. VIH o SIDA
(HIV or AIDS) | Sí | No |
| 13. Problemas de ojos, oídos, nariz o garganta
(Eye, ear, nose or throat problems) | Sí | No |
| 14. Alergias (incluyendo antibióticos, anestesia dental, látex, pastillas para el dolor)
(Allergies) | Sí | No |
| 15. Cáncer o tumores
(Cancer or tumors) | Sí | No |
| 16. Terapia de radiación (para cáncer o tumores)
(Radiation therapy (for cancer tumors) | Sí | No |
| 17. Otros problemas médicos
(Other medical problems) | Sí | No |
| 18. ¿Está su niño bajo el cuidado de un doctor?
(Is your child currently under the care of a physician?) | Sí | No |
| 19. ¿Está tomando su niño alguna medicina?
Si así es anótelas.
(Is your child currently taking any medications? If so, please list) | Sí | No |

Firma del Padre o Guardián _____

Fecha _____

DIA DENTAL

AUTORIZACION PATERNAL PARA LA ADMINISTRACION DE MEDICINA PARA EL CONTROL DEL DOLOR

En algunas ocasiones, después de la visita al dentista, los pacientes sufren de irritaciones o inflamaciones en su boca. Para que su niño(a) se sienta más cómodo en el viaje de regreso a casa, se le pide a usted que llene este documento, que autoriza al Colegio de Odontología la administración de medicina para el control del dolor. Si usted esta de acuerdo y autoriza esta administración, por favor, encierre el medicamento que usted apruebe, y firme en la parte de abajo. El dentista encargado le recetará y administrará el medicamento más apropiado para su niño (a).

Yo acepto el uso de:

IBUPROFENO

Firma del padre o tutor:

Fecha _____

AUTORIZACIÓN A MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Nombre: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Descripción de la información para revelar: _____

Reportero/Afiliación: _____ Posible fecha de transmisión/publicación: _____

Autorización para: entrevistar tomar fotos grabar en vídeo otro

Por el bien de la educación y el avance de las ciencias médicas, yo, el firmante, autorizo voluntariamente The Nebraska Medical Center/University of Nebraska Medical Center (UNMC) y sus empleados y agentes a tomar fotos, producir artículos en periódicos o revistas, programas de televisión, grabaciones de vídeo, material para Internet y otras grabaciones visuales o de audio en la cual puedo ser incluido completo o en parte para mostrar al público general para publicidad y promoción. He tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre los usos posibles de la entrevista/foto/vídeo u otro audiovisual.

Autorizo el uso de mi nombre con los materiales. Prefiero no ser identificado por nombre.

Otorgo esta autorización y mi consentimiento como contribución voluntaria al avance médico y de otras ciencias de salud y educación. Además, yo renuncio lo siguiente: (1) todo derecho propietario a la materia, y (2) cualquier derecho que pueda tener de inspeccionar o aprobar el material terminado y antes de publicar.

Yo entiendo que las entidades que reciben la información quizás no están cubiertas por reglas federales de privacidad y que la información descrita arriba puede ser utilizada otra vez por las mismas.

Yo entiendo que el Hospital/UNMC recibirá/ no recibirá compensación por su uso/revelación de la información.

Yo entiendo que puedo rehusar a firmar esta autorización y que mi rechazo no afectará mi habilidad de obtener tratamiento (sí aplica).

Yo entiendo que puedo retirar esta autorización notificando por escrito a _____
(Nombre/teléfono del personal)

Yo entiendo que Hospital/UNMC tal vez no va a poder respetar mi deseo de retirar esta autorización si la información ya ha sido revelada.

Yo libero al The Nebraska Medical Center/University of Nebraska Medical Center y sus empleados y agentes de cualquier demanda que resulte del uso de tal material.

Firma del individuo

Firma del pariente, guardián o representante autorizado

Fecha

Relación de la persona arriba al individuo

Testigo