

## Forma De Admisión De Nuevos Pacientes (Con Healthy Kids De Michigan)

### Información Del Paciente

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M [ ] F [ ] **Peso (Libras):** \_\_\_\_\_ **Altura:** \_\_\_\_\_

**Healthy Kids Identificación del Miembro:** \_\_\_\_\_ [ ] **BCBS** [ ] **Delta Dental**

Nombre Del Oficina Dental: \_\_\_\_\_ Numero De Contacto: \_\_\_\_\_

Dirección Del Oficina Dental: \_\_\_\_\_

Nombre De Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Numero De Contacto: \_\_\_\_\_

(Si Es Apilable)

Nombre De Médico Especialista: \_\_\_\_\_ Numero De Contacto: \_\_\_\_\_

### Información de los Padres o Tutores Legales

#### Por Favor Marque Uno

**Madre** [ ] **Padre** [ ] **Guardian Legal** [ ] **Otro:** \_\_\_\_\_

Nombre Completo: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero De Contacto: \_\_\_\_\_

Calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### Información Del Embarazo/Recién Nacido

¿Hubo Alguna Complicación Durante El Embarazo O El Parte? [ ] NO [ ] SI, La Razón: \_\_\_\_\_

1. Parto: [ ] VAGINAL [ ] CESARA, La Razón: \_\_\_\_\_

2. ¿Fue Su Hijo/a Prematuro? [ ] NO [ ] SI, Nacidos Al Numero De Semanas \_\_\_\_\_

3. ¿Hubo Alguna Complicación Cuando Estaba Recién Nacido?  
\_\_\_\_\_

### Historia De Infancia Y Adolescencia

1. ¿Su Hijo/a Tiene Algún Alergia A Medicamentos, Suplementos? ¿O Látex? [ ] NO [ ] SI, Selección Que Tipo De Reacción: [ ] Comezón [ ] Ronchas [ ] Sala De Emergencias [ ] Otra reacción: \_\_\_\_\_

2. ¿Su Hijo/a Ha Sido Hospitalizado? [ ] NO [ ] SI, La Razón? \_\_\_\_\_

3. ¿Su Hijo/a Ha Tiendo Cirugía? [ ] NO [ ] SI, La Razón? \_\_\_\_\_

4. ¿Ha Recibido Su Hijo/a Alguna Vez Anestesia General? [ ] NO [ ] SI, ¿Si Ha Recibido Anestesia Tuvieron Problemas? \_\_\_\_\_
5. ¿Alguien En Su Familia Hay Tenido Problemas Con Anestesia General? [ ] NO [ ] SI, ¿Que problemas? \_\_\_\_\_
6. ¿Ha Sido Su Hijo/a Tratado O Diagnosticado de alguna de las siguientes enfermedades?

	SÍ	NO	CUANDO	MEDICINA / TRATAMIENTO
<b>Enfermedades del Corazón</b>				
* Soplo Cardíaco				
* Presión Arterial Alta				
* Latidos Irregulares del Corazón				
* Defecto Cardíaco Congénito				
* Otros Problemas Cardíacos				
<b>Enfermedades Pulmonares</b>				
* Sibilancias / Broncoiolitis				
* Asma				
* Neumonía				
* Apnea Obstructiva del Sueño				
* Otro Problema Pulmonar				
<b>Otras Condiciones</b>				
* Diabetes				
* Enfermedades Renales				
* Alergias Estacionales / Eczema				
* Úlcera / Geriátrica / Hernia				
* Infección de Oído Recurrente				
* Trastorno Convulsivo				
* Condición Psiquiátrica				
* Síndrome Genético				
* Discapacidad De Aprendizaje				
* Anemia				

Por favor, indique cualquier otra condición médica: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**\*\*\* DIRECTRICES PREOPERATIVAS\*\*\***

- **Absolutamente NADA QUE COMER ni BEBER 8 horas antes de la hora programada para su cita, a menos que lo haya comentado con su proveedor de anestesia. (El consultorio dental le informará la hora de la cita de su hijo).**

**\*\*\* NOTIFICACIÓN IMPORTANTE \*\*\***

**Un padre o un tutor legal debe estar presente y permanecer en el consultorio dental durante el tiempo de servicio.**

**HIPAA Y NUESTRAS POLÍTICAS DE PRIVACIDAD**

*(La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 ("HIPAA") aborda la manera en que la información de salud individual de un Paciente puede ser utilizado o divulgado por Entidades cubiertas (según se define en HIPAA) y otras personas y entidades, como un Proveedor. Para más información con respecto a sus derechos bajo HIPAA, visite su sitio en <https://hhs.gov/ocr/privacy>).*

**Inicie a continuación que ha leído, entendido y reconoce lo siguiente:**

- Doy permiso a CarePoint para que se comunique conmigo por correo electrónico, mensajes de texto y a mis dispositivos móviles.
- Entiendo que tengo la opción de acceder y/o ver el Aviso de prácticas de privacidad en línea en <https://carepointanesthesia.com> o recibir una copia impresa.
- Si es necesario, por la presente solicito y doy mi autorización a los proveedores médicos de mi hijo para divulgar su información médica registros de historial a CarePoint. También entiendo que puedo revocar este permiso en cualquier momento.
- Entiendo que doy permiso a CarePoint para que use y divulgue los datos de salud protegidos de mi hijo. Información para llevar a cabo el tratamiento de anestesia dental, actividades de pago y operaciones de atención médica. También entiendo que tengo el derecho de revocar este permiso en cualquier momento.

**RECONOCIMIENTO**

Yo, el abajo firmante, certifico que he leído las pautas preoperatorias anteriores y que la información anterior es completo y exacto a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información incompleta o inexacta puede influir negativamente en el tratamiento y los resultados del tratamiento de mi hijo.

---

Firma de Padre/Del Tutor Legal

---

Relación con la Paciente

---

Fecha

## CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DE ANESTHESIA

Por (Nombre De Su Hijo/a): \_\_\_\_\_ Fecha De La Cita: \_\_\_\_\_

**La siguiente se proporciona para informar a los pacientes y los padres de tener un tratamiento bajo anestesia. La información no se presenta para que esté más preocupado, sino más bien para que pueda entender mejor los riesgos y beneficios implicados con el tratamiento anestésico.**

Por la presente autorizo y solicito a cualquier médico representado con CarePoint Dental Anesthesia para administrar la anestesia como se indicó anteriormente conmigo. Entiendo y acepto que los procedimientos no se hablan, pero que se consideren necesarios para el bienestar de mi hijo, se puede realizar como complemento a la anestesia planificada. Se ha explicado que todos los tipos de anestesia, aunque son seguros, implican algunos riesgos y no se pueden ofrecer garantías sobre los resultados. Las complicaciones graves son muy raras. Las siguientes son las complicaciones que pueden estar asociados con el tratamiento anestésico:

### Las Complicaciones Más Frecuentes:

- ✦ Dolor y / o hematoma en el lugar de la inyección
- ✦ Gargantúa y / o Ronquera Sore
- ✦ Dolores Musculares
- ✦ Las Náuseas y / o Vómitos

### Las Complicaciones Raras:

- ✦ Lesiones del Corazón
- ✦ El daño cerebral o la muerte

### Complicaciones Poco Frecuentes:

- ✦ Dolor de Cabeza
- ✦ Las Lesiones en los labios o los dientes de instrumentos o dispositivos de vía aérea
- ✦ Inesperada reacción a fármacos
- ✦ La infección en el sitio intravenoso y venas en las inmediaciones
- ✦ Sangrado / lesiones en la nariz debido al paso de un tubo de respiración
- ✦ Infección pulmonar
- ✦ Lesión o infección ocular
- ✦ La debilidad en la respiración después de despertar
- ✦ Daño en el nervio

- Las opciones alternativas a la anestesia general profunda sedación / se han discutido conmigo y pueden incluir el uso de anestesia local con sedación con óxido nitroso o anestesia local solamente.
- Confirmando que mi hijo (el paciente) no ha comido ni bebido nada 8 horas antes de la hora programada para su cita. Los líquidos claros (es decir, agua, zumo de manzana, Gatorade, 7-Up o Sprite) se pueden consumir después de la medianoche, pero deben dejarse de consumir cuatro (4) horas antes de la hora de la cita que le proporcionó el consultorio dental.
- Certifico que, a mi conocimiento que el paciente no está embarazado o tratando de quedar embarazada.
- He leído y acepto el Aviso HIPAA sobre prácticas de privacidad en nuestra página web, [www.cpmich.com](http://www.cpmich.com).

## RECONOCIMIENTO

*Doy mi consentimiento para la anestesia que estime adecuado a mi anesthesiologo. Reconozco que he leído este formulario o lo ha leído a mí y que entiendo los riesgos, las alternativas y los resultados esperados del plan de anestesia de la atención. Certifico que la información médica que he proporcionado en esta consulta preoperatoria es completa y exacta a lo mejor de mi conocimiento. Ha sido revisado conmigo y considerado completa. Entiendo que proporcionar información incompleta o incorrecta puede influir negativamente en el tratamiento y los resultados del tratamiento del paciente.*

\_\_\_\_\_  
Paciente / Firma del tutor legal

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha