

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de su médico familiar: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Marque con uno circulo la respuesta correcta**

1.	Tiene su hijo problemas de salud?	SÍ	NO	10.	Tiene o ha tenido su niño sangrado anormal o excesivo, asociado con cirugía previa, extracciones dentales o accidentes	SÍ	NO
2.	Ha sido su hijo alguna vez hospitalizado?	SÍ	NO	11.	Se le forman moretones frecuentemente	SÍ	NO
3.	Fecha del ultimo examen medico:			12.	Ha requerido de transfusiones sanguineas	SÍ	NO
4.	Esta su hijo o hija bajo tratamiento medico actualmente?	SÍ	NO	13.	Discrasias sanguineas, tal como anemia	SÍ	NO
5.	Esta su hijo tomando alguna medicina actualmente? Si es asi, para que?	SÍ	NO	14.	Tiene él o ella tuvo jamás la cirugía, la radiografía o la quimioterapia para un tumor, para el crecimiento, o para otra condición	SÍ	NO
6.	Ha sido su hijo alguna vez operado o ha tenido alguna enfermedad grave? Si es asi, explique:	SÍ	NO	15.	Tiene su niño una incapacidad física o mental que previene el tratamiento en el consultorio dental	SÍ	NO
7.	Ha tenido o tiene su hijo alguna de las siguientes enfermedades?			16.	Toma su hijo actualmente lo siguiente		
a.	Fiebre Reumática?	SÍ	NO	a.	Antibioticos o sulfas	SÍ	NO
b.	Enfermedad congenital del corazón	SÍ	NO	b.	Anticoagulantes	SÍ	NO
c.	Trastornos cardiovasculares (problemas del corazon, ataques al corazon, insuficiencia de las venas coronarias, obstruccion de las venas coronarias, presion arterial alta, arteriosclerosis, embolias)	SÍ	NO	c.	Medicamentos para la presion arterial elevada	SÍ	NO
d.	Alergias? Alimento <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	SÍ	NO	d.	Cortisona o esteroides	SÍ	NO
e.	Asma <input type="checkbox"/> Fiebre del heno (alergia al polen) <input type="checkbox"/>	SÍ	NO	e.	Tranquilizantes	SÍ	NO
f.	Erupciones cutaneas o urticarias	SÍ	NO	f.	Aspirina	SÍ	NO
g.	Desmayos o los ataques	SÍ	NO	g.	Dilantin Sodico o cualquier otro anticonvulsionante	SÍ	NO
h.	Hepatitis o enfermedades del higado	SÍ	NO	h.	Insulina, tobutamida, ureasa o droga similar	SÍ	NO
i.	Diabetes	SÍ	NO	i.	Cualquier otro medicamento		
j.	Reumatismo inflamatorio (dolor en las articulaciones)	SÍ	NO	17.	Es alergico o ha reaccionado infavorablemente a lo siguiente		
k.	Artritis	SÍ	NO	a.	Anestescicos Locales	SÍ	NO
l.	Ulceras gastricas	SÍ	NO	b.	Penicilina o otros antibioticos	SÍ	NO
m.	Problemas renales	SÍ	NO	c.	Sulfamidas	SÍ	NO
n.	Tuberculosis (TB)	SÍ	NO	d.	Barbituricos, sedativos, or pastillas para dormir	SÍ	NO
o.	Tos persistente o sangrado cuando tose	SÍ	NO	e.	Aspirina	SÍ	NO
p.	Enfermedades venereas	SÍ	NO	f.	Cualquier otra cosa		
q.	Epilepsia	SÍ	NO		Cual:		
r.	Enfermedad de Sickle Cell	SÍ	NO	18.	Ha tenido algun problema serio asociado con tratamientos dentales	SÍ	NO
s.	Enfermedad de la Tiroides	SÍ	NO		Explique:		
t.	AIDS/SIDA/HIV	SÍ	NO	19.	Ha recibido radiaciones	SÍ	NO
u.	Emfisema	SÍ	NO	20.	Fecha del ultimo tratamiento dental recibido:		
v.	Tratamiento paiquiátrico	SÍ	NO	21.	Ha recibido tratamiento ortodoncico (Usado frenos)	SÍ	NO
w.	El labio hendido / paladar	SÍ	NO	22.	Ha sido alguna vez atendido de enfermedades de las encias (gingivitis, periodontitis piorrea, boca de trinchera)	SÍ	NO
x.	Paralisis Cerebral	SÍ	NO	23.	Sangran sus encias cuando se cepilla los dientes	SÍ	NO
y.	Retraso Mental	SÍ	NO	24.	Rechina sus dientes	SÍ	NO
z.	Problemas de los oidos	SÍ	NO	25.	Tiene dolor de dientes o muelas frecuentes	SÍ	NO
aa.	Trastornos de desarrollo (impedimentos fisicos) Si es asi, explique	SÍ	NO	26.	Tiene ulceritas en su boca frecuentemente	SÍ	NO
bb.	Nacio su hijo antes de tiempo? Si es asi, cuántas semanas	SÍ	NO	27.	Ha tenido o sufrido golpes su boca o quijadas Si es asi, explique:	SÍ	NO
cc.	Otros:			28.	Se le hincha la boca o tiene ulceritas frecuentemente		
8.	Orina su hijo mas de 6 veces al día	SÍ	NO	29.	Ha estado satisfecho con el tratamiento dental que se le ha efectuado a su hijo	SÍ	NO
9.	Es su niño sediento mucho del tiempo	SÍ	NO	<b>MUJERES ADOLESCENTES</b>			
				30.	Esta usted embarazada o piensa que lo esta	SÍ	NO
				31.	Piensa embarazarse proximamente	SÍ	NO
				32.	Toma la pastilla anticonceptiva	SÍ	NO

Certifico que todas las preguntas fueron contestadas veraz y correctamente. Si mi hijo/hija, tiene un cambio de salud, o toma algun medicamento debere de informario al doctor en mi proxima cita sin falta alguna.

Firma del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

# CLINICA DENTAL PARA NINOS ENTREVISTA FINANCIERA

REFERIDO POR \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ SEXO: M F  
 FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ EDAD \_\_\_ # DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_  
 GRUPO ÉTNICO: HISPANO \_\_\_ BLANCO \_\_\_ NEGRO \_\_\_ ASIÁTICO \_\_\_ OTRO (Especifique) \_\_\_\_\_  
 DOMICILIO: \_\_\_\_\_ APTO. # \_\_\_\_\_  
 CIUDAD: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_  
 TELÉFONO: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ CELULAR: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_  
 EN CASO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_ TELÉFONO \_\_\_\_\_  
 HA ESTADO SU NIÑO AQUÍ ANTES? NO \_\_\_ SI \_\_\_ CUANDO? \_\_\_\_\_  
 TIENE MEDI-CAL SU NIÑO/A? NO \_\_\_ SI \_\_\_ # DE TARJETA \_\_\_\_\_  
 TIENE ASEGURANZA DENTAL? NO \_\_\_ SI \_\_\_  
 ESCUELA: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

<b>RECURSOS FINANCIEROS:</b>	<b>CANTIDAD DE GASTOS MENSUALES (APROXIMADEMENTE):</b>
___ EMPLEADO	PAGO DE RENTA \$ _____ MANDADO/COMIDA \$ _____ (por semana)
___ MANTENIMIENTO DE NIÑO	TELÉFONO \$ _____ PAGO DE CARRO \$ _____
___ WELFARE	GAS/AGUA \$ _____ ASEGURANZA \$ _____
___ DESEMPLEO	ELECTRICIDAD \$ _____ OTRO \$ _____
___ DESABILIDAD	
___ OTRO	<b>TOTAL \$ _____</b>

CUANTAS PERSONAS SE MANTIENEN CON SU PRESUPUESTO: \_\_\_\_\_  
 Cuando fue la ultima vez que su hijo/a miro a un dentista? (aproximadamente) \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**PRESUPUESTO:**  
**PADRE DONDE TRABAJA** \_\_\_\_\_ TELÉFONO ( ) \_\_\_\_\_  
 PERÍODO DE PAGO CADA SEMANA \_\_\_ QUINCENA \_\_\_ DOS SEMANAS \_\_\_ MENSUAL \_\_\_ TOTAL DE PAGA POR PERIODOS \_\_\_\_\_ PAGA NETA \$ \_\_\_\_\_  
**MADRE DONDE TRABAJA** \_\_\_\_\_ TELÉFONO ( ) \_\_\_\_\_  
 PERÍODO DE PAGO CADA SEMANA \_\_\_ QUINCENA \_\_\_ DOS SEMANAS \_\_\_ MENSUAL \_\_\_ TOTAL DE PAGA POR PERIODOS \_\_\_\_\_ PAGA NETA \$ \_\_\_\_\_

Yo declaro que todas las preguntas que he contestado son correctas según mi conocimiento.

NOMBRE DE LA PERSONA LLENANDO LAS FORMAS \_\_\_\_\_  
 RELACIÓN CON EL PACIENTE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL MADRE/PADRE O GUARDIÁN \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 FECHA

Comprendo que soy responsable por cualquier balance no cubierto por mi aseguranza. Mi porción en la escala móvil se determino a ser \_\_\_% de la tasa de costumbre usual (UCR) por procedimiento. Entiendo que todos los pagos tienen que hacerse el mismo día de los servicios prestados. Si no puedo mantener mi cita, llamare para reprogramarla por lo menos un día antes en adelantado. El faltar a una cita programada podría resultar en un cobro de \$25.00 por cita quebrantada. La Clínica Dental Para Niños no permite balances ni ofrece crédito.

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DE PERSONA RESPONSABLE \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 FECHA

**OFFICE USE ONLY**

\_\_\_\_\_  
 WITNESS SIGNATURE \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 DATE

To find monthly income amount: \$ \_\_\_\_\_  
 (check which method used)  
 Weekly pay period – multiply net pay by 4.3  
 Bi-weekly pay period – multiply net pay by 2.17  
 Semi-monthly pay period – multiply net pay by 2  
 Tax returns – total amount divided by 12

Estimado Padre:

Estamos contentos de poder atender a su hijo/a con su Programa de Aseguransa. Tenemos unas reglas y polizas explicitas que tiene que seguir:

1. Tendra que proveer una tarjeta de su programa de aseguranza y una identificacion de uno de los padres/guardian y del paciente.
2. Por favor de hablar 24 horas antes para cancelar o cambiar su cita/s para evitar que se le cobre por una cita quebrantada.
3. Por favor llegue a tiempo. El llegar tarde es considerado una cita quebrantada y se le cobrara por la cita.
4. Usted será responsable de pagar cualquier tratamiento que su programa de aseguranza no cubra.
5. Asegurese que la persona que traiga a su hijo/a sea uno de los padres o una persona con una carta notarizada dandole autorizacion para dar consentimiento del tratamiento dental.

Gracias por su cooperacion,

LA CLINICA DENTAL PARA NINOS

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Testigo De Clínica \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



- G. Las historias clinicas, medicas y radiografias son propiedad de la Clinica Dental Para Niños, necesitamos autorizacion por escrito de su doctor/abogado para podersele entregar una copia de cualquiera de estas.
4. Autorizo a la Clinica Dental Para Niños a usar fotografias tomadas a mi hijo/a durante el tratamiento. Se entiende y estoy de acuerdo que el nombre del paciente no sera utilizado en ningun momento.
  5. Doy mi consentimiento a la Clinica Dental Para Niños de tomar las radiografias necesarias, administrar anesteticos, remover tejido o estructuras dentales, y de emplear procedimientos operatorios clinicos y tecnicos necesarios o aconsejables para el diagnostico y tratamiento de mi hijo/a.
  6. Doy mi consentimiento a que usen tecnicas de control y manejo durante el tratamiento de mi hijo/a. Estas tecnicas representan el tipo de tratamiento dental pediatrico que incluye el uso de control de vos, tecnica de mano sobre la boca, o suave refrenamiento . Es comprendido que estas tecnicas son necesarias en un pequeño porcentaje de pacientes, no son utilizadas en una manera de castigo o amenaza solo son usadas para alcanzar con la mayor gentileza possible, el tratamiento mejor y mas productivo para su hijo/a.
  7. Reportare inmediatamente cualquier cambio en la salud de mi hijo/a; si ha sido hospitalizado, consultado al medico, si se a enfermado o tomado algun tipo de medicamento no mencionado en esta historia clinica. Si hubo cambio en el domicilio, presupuesto o numero de miembros en la familia.
  8. Pacientes con medi-cal o aseguranza dental son responsables de pagar el tratamiento que ha sido cobrado a la oficinas de seguro y ha sido negado.

Yo estoy conciente de haber leído y estoy de acuerdo con lo mencionado siendo el padre/ madre/ o tutor del paciente.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Políticas Y Regulaciones

**Como parte de nuestra meta para proporcionar servicio excelente a usted y su familia es nuestra responsabilidad informarle cualquier cambio con respecto al tratamiento dental de su niño/a, los cambios de la cita, y o cualquier información que pueda ser necesaria antes de la visita dental de su niño/a.**

Para asegurarnos de que los padres estén informados y de acuerdo sobre las **Políticas y Regulaciones** de la clínica le pedimos que lea cuidadosamente y firme con iniciales lo siguiente.

- \_\_\_ Uno de los padres/tutor legal debe estar presente siempre mientras el paciente reciba tratamiento dental. El paciente que se presenten sin algunos de los padre/tutor legal no será visto y tendrá un cargo por la cita quebrantada.
- \_\_\_ La clínica debe ser notificada 24 horas por adelantado si usted necesita cancelar o cambiar su cita para evitar un cargo por la cita quebrantada.
- \_\_\_ Después de la 3ra. Cita quebrantada no será elegible para recibir tratamiento dental con nosotros y será referido a otra clínica. El personal de la clínica llamara como cortesía para recordarle de la cita de su niño/a. Pero es la responsabilidad de los padres recordar la fecha y hora de su cita.
- \_\_\_ El record de vacunas debe ser proporcionado por los padres con la prueba del el Tb (Tuberculosis) reciente (dentro de los últimos 5 años como máximo). Nos es responsabilidad de la clínica llamar a su doctor medico o escuela para obtener dicha información.
- \_\_\_ Los pacientes con un resultado positivo de Tb (Tuberculosis) de la piel deben proporcionar un reporte o comprobante de resultado radiográfico negativo informando de que el paciente esta libre de cualquier evidencia de Tuberculosis.
- \_\_\_ Si usted llega tarde 15 minutos o más a su cita, tiene el riesgo de perder el tiempo que se le ha reservado a su niño/a para su tratamiento dental y será considerada cita quebrantada.
- \_\_\_ Los pacientes con el plan de Medi-Cal deben presentar su tarjeta vigente para obtener elegibilidad valida. Pacientes con tarjeta con número de identificación invalida o que no sea elegible, serán responsables por el costo de su tratamiento dental, el cual se determina con base en su ingreso.
- \_\_\_ Si usted tiene un balance pendiente en la cuenta de su hijo/a no podrá obtener otra cita hasta que el Balance sea cancelado por completo. El pago de su tratamiento debe ser colectado el día de su cita antes del tratamiento o por adelantado.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Date