



Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre(s)

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

Nombre de Padre/Madre o Guardián Legal: \_\_\_\_\_

Relación al Paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

En Caso de Emergencia llamar a: \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_  
Teléfono

### **POLITICAS & CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO**

Le pedimos que lea cuidadosamente y marque con sus iniciales lo siguiente.

- \_\_\_\_\_ Uno de los padres/tutor legal debe estar presente en todo momento mientras el paciente reciba tratamiento dental. El paciente que se presente sin uno de los padres/tutor legal no será atendido y tendrá un cargo por cita quebrantada.
- \_\_\_\_\_ Es mi responsabilidad traer a mi hijo/a a la clínica en la fecha y la hora de su cita. En dado caso que necesite cancelar o cambiar la cita, necesito notificar a la clínica con 24 horas de anticipo y así evitar un cargo por cita quebrantada.
- \_\_\_\_\_ Estoy consciente que si llego tarde a mi cita, podría perder el tiempo reservado. Lo cual será considerado como una cita quebrantada.
- \_\_\_\_\_ Después de la 3er. cita cancelada o quebrantada, mi hijo/a podría perder la elegibilidad para continuar como paciente de la clínica.
- \_\_\_\_\_ Proporcionare los resultados más recientes (últimos 5 años) de la prueba del Tb (Tuberculosis) al comienzo de la registraci3n y cuando sea requerido por la clínica. Entiendo que no es responsabilidad de la clínica el llamar al médico o escuela para obtener dichos resultados.
- \_\_\_\_\_ Entiendo que los pacientes con resultado positivo de Tb (Tuberculosis) deben proporcionar una radiografía de t3rax (pecho) reciente (últimos 5 años) con resultado negativo y un reporte médico que compruebe que el paciente está libre de cualquier síntoma de Tuberculosis. Evidencia escrita de su médico será necesaria para comprobar que el tratamiento fue terminado.

- \_\_\_\_\_ Reportaré inmediatamente cualquier cambio en el estado de salud o medicamentos de mi hijo/a. De la misma manera, reportare cualquier cambio relacionado con mi teléfono, domicilio, número de miembros en la familia e ingresos.
  
- \_\_\_\_\_ La clínica solamente acepta el plan de Medi-Cal. Contamos con un programa gubernamental llamado Public Private Partnership, también conocido como “PPP”, disponible para aquellas familias que califiquen de acuerdo a sus ingresos. Para las familias sin Medi-Cal o no elegibles para PPP, contamos con un plan de tarifa variable de acuerdo a sus ingresos.
  
- \_\_\_\_\_ Los pacientes con el plan de Medi-Cal deben presentar su tarjeta vigente para comprobar elegibilidad.
  
- \_\_\_\_\_ Comprendo que soy responsable por cualquier balance que no cubra o sea negado por mi aseguranza. Entiendo que todos los pagos tienen que hacerse el mismo día de los servicios prestados. Cheques personales no serán aceptados.
  
- \_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento a la clínica de tomar las radiografías necesarias y emplear procedimiento de profilaxis necesario o recomendado para el diagnóstico o tratamiento de mi hijo/a.
  
- \_\_\_\_\_ Doy mi consentimiento a que usen técnicas de control de comportamiento apropiado durante el tratamiento de mi hijo/a.
  
- \_\_\_\_\_ Autorizó a la clínica el uso de fotografías y video adquiridos durante el tratamiento de mi hijo/a como ayuda informativa en folletos, posters, internet, u otros medios utilizados por la clínica. Entiendo que mi hijo/a no será identificado por su nombre.

Con mi firma certifico que he leído y estoy dispuesto a cumplir con lo antecedente.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Padre/Tutor Legal

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
**En Caso de Emergencia llamar a:** \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_  
 Nombre de su médico familiar: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

1. Por favor indique solamente si alguna vez su hijo/a ha experimentado alguno de los siguientes:
- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Desmayos o ataques               | <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Sarpullido o dermatitis             |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico         | <input type="checkbox"/> Tos persistente o sangrado al toser            | <input type="checkbox"/> Artritis                            |
| <input type="checkbox"/> Autismo                          | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)                              | <input type="checkbox"/> Ulceras gastricas                   |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral               | <input type="checkbox"/> Emfisema                                       | <input type="checkbox"/> Embarazo                            |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón /cirugia                | <input type="checkbox"/> Parto prematuro? # de semanas _____ |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia                        | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco                                 | <input type="checkbox"/> Enfermedades venereas               |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad física o mental      | <input type="checkbox"/> Hipertensión/alta presión arterial             | <input type="checkbox"/> Hepatitis o enfermedades del hígado |
| <input type="checkbox"/> Labio leporino o paladar hendido | <input type="checkbox"/> Discrasias sanguineas (hemophilia/anemia/otro) | <input type="checkbox"/> Diabetes                            |
| <input type="checkbox"/> Problema de los oídos            | <input type="checkbox"/> Enfermedad de las células falciformes          | <input type="checkbox"/> Problemas renales                   |
| <input type="checkbox"/> Impedimentos físicos             | <input type="checkbox"/> SIDA (HIV/AIDS)                                | <input type="checkbox"/> Spina Bifida                        |
| <input type="checkbox"/> Alergias al polen                | <input type="checkbox"/> Cáncer infantil                                | <input type="checkbox"/> Otros _____                         |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides        | <input type="checkbox"/> Reumatismo inflamatorio                        |  |

- |  | Si                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 2. Esta su hijo/a tomando alguna medicina? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es así, explique: _____   |                          |                          |
| 3. Su hija está tomando pastillas anticonceptivas? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Tiene su hijo/a alergias a algunas medicinas? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es así, explique: _____   |                          |                          |
| 5. Tiene su hijo/a alergias ambientales, a alimentos, o otros? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es así, explique: _____   |                          |                          |
| 6. Su hijo/a ha tenido una enfermedad seria, o ha sido hospitalizado u operado? .....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es asi, explique: _____   |                          |                          |
| 7. Orina su hijo más de seis (6) veces al día? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Esta su hijo/a sediento la mayor parte del tiempo?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Tiene o ha tenido su niño sangrado anormal o excesivo, asociado con cirugía previa, extracciones dentales o accidentes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Se le forman moretones fácilmente? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Alguna vez ha requerido transfusiones de sangre? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ha recibido su hijo/a terapia de radiación o quimioterapia? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Tiene su hijo/a alguna incapacidad física que pueda impedir tratamiento en una clínica dental? ....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es asi, explique: _____   |                          |                          |
| 14. Es esta la primera visita al dentista de su hijo/a? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si no, cual es la fecha de la última visita con el dentista? _____   |                          |                          |
| 15. Ha tenido su hijo/a algún problema relacionado con previos tratamientos dentales? .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Le han tomado radiografías dentales a su hijo/a anteriormente?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Ha recibido su hijo/a tratamiento de ortodoncia o frenos? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Ha sido su hijo/a alguna vez atendido por enfermedades de las encías? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Sangran sus encías cuando se cepilla los dientes?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Rechina sus dientes? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Ha tenido su hijo/a dolor de dientes?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Se le forman ulceras en su boca frecuentemente?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Ha sufrido su hijo/a alguna fracturas en la boca o quijada? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Tiene dolor o inflamación en su boca o quijada?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

A mi mejor saber y entender, todas las respuestas anteriores son verdad y correctas. Si hay un cambio de salud o medicamentos de mi hijo/a, le informare al doctor en la próxima cita sin falta alguna.

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

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

# CHILDREN'S DENTAL HEALTH CLINIC

## ENTREVISTA FINANCIERA y DECLARACIÓN JURADA DE INGRESOS

Como se entero de nuestra clinica? \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: M F  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Apto. # \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Correo Electronico \_\_\_\_\_

Grupo Étnico: Hispano \_\_\_\_ Blanco \_\_\_\_ Negro \_\_\_\_ Asiático \_\_\_\_ Indio Americano \_\_\_\_ Otro (Especifique) \_\_\_\_\_  
 Su hijo/a ha estado aquí antes? NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ Cuando? \_\_\_\_\_  
 Su hijo/a tiene Medi-Cal? NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_ No. de Tarjeta \_\_\_\_\_  
 Tiene aseguranza dental? NO \_\_\_\_ SI \_\_\_\_

FUENTES DE INGRESOS:	PADRE (MENSUAL)	MADRE (MENSUAL)	TUTOR LEGAL (MENSUAL)
EMPLEO	\$ _____	\$ _____	\$ _____
MANUTENCION DE MENORES	\$ _____	\$ _____	\$ _____
WELFARE	\$ _____	\$ _____	\$ _____
DESEMPLEO	\$ _____	\$ _____	\$ _____
DESABILIDAD	\$ _____	\$ _____	\$ _____
OTRO	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<b>TOTAL</b>	<b>\$ _____</b>	<b>\$ _____</b>	<b>\$ _____</b>

Cuantas personas se mantienen con su presupuesto? \_\_\_\_\_

Yo declaro que todas las preguntas que he contestado son correctas según mi conocimiento.  
 (ESCRIBA SU NOMBRE) Nombre de la persona llenando las formas

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 FIRMA

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 FECHA

Es usted (o paciente) una madre soltera o una mujer responsable por el mantenimiento financiero de su casa?  
 Sí  No

Comprendo que soy responsable por cualquier balance que no cubra o sea negado por mi aseguranza. Mi porción en la tarifa variable se determino a ser \_\_\_\_% de la tarifa tradicional y usual (UCR) por procedimiento. Entiendo que todos los pagos tienen que hacerse el mismo día de los servicios prestados. Children's Dental Health Clinic no permite balances ni ofrece crédito. Si no puedo mantener mi cita, llamaré para cambiar la hora de mi cita por lo menos un día antes. Si falto a una cita, podría resultar en un cobro de \$25.00 por cita quebrantada.

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 FECHA

**OFFICE USE ONLY**

\_\_\_\_\_  
 WITNESS SIGNATURE

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 DATE

**TOTAL FAMILY INCOME (MONTHLY)** \_\_\_\_\_

HUD Pov. Level  EXT-LW  VL  L

1. Favor de traer la tarjeta de Medi-Cal vigente de su hijo/a, y una identificación con foto de uno de los padres y del paciente.
2. Favor de llamar con 24 horas de anticipo para cancelar o cambiar su cita y evitar un cargo de cita quebrantada.
3. Por favor llegue a tiempo. Si usted llega tarde será considerado una cita no asistida y le cobraran por la cita perdida.
4. Usted será responsable de pagar cualquier tratamiento que no este cubierto por su seguro medico.
5. Asegúrese que la persona que traiga a su hijo/a sea uno de los padres o una persona con una carta notariada dándole autorización para dar consentimiento del tratamiento dental.

Gracias por su cooperación,

LA CLINICA DENTAL PARA NINOS

Firma \_\_\_\_\_

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

Testigo De Clinica \_\_\_\_\_

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