



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.*

\_\_\_\_\_ Los padres/tutor legal deben estar presentes para la visita inicial y la visita de retiro y no pueden salir de la zona de espera mientras el niño está siendo tratado. Los pacientes sin up padre/guardián legal presente, o sin un formulario firmado que asigna la autorización. No se verá.

\_\_\_\_\_ 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.

\_\_\_\_\_ Si tiene Denti-Cal citas quebrantadas van a hacer reportadas a Medi-cal.

\_\_\_\_\_ Estoy consciente que si llego tarde a mi cita o no, confirmo 24 horas antes, podría perder el tiempo reservado. O ser cancelada. 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.

\_\_\_\_\_ 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 y prueba de ingresos.

- \_\_\_\_\_ La clínica solamente acepta el plan de Medi-Cal y Aseguransa Privadas PPO. Para las familias sin Medi-Cal, contamos con un plan de tarifas 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.
- \_\_\_\_\_ 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"/> Paralisis Cerebral               | <input type="checkbox"/> Emfisema                                       | <input type="checkbox"/> Embarazo                            |
| <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón /cirugía                | <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 Bífida                        |
| <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 úlceras 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 \_\_\_\_\_

Child's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_ Age: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

**In case of Emergency, contact:** \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

Physician's Name (Medical Doctor): \_\_\_\_\_ Telephone: \_\_\_\_\_

1. Has your child had any history of, or conditions related to, any of the following:
- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fainting spells or seizures | <input type="checkbox"/> Asthma                                      | <input type="checkbox"/> Hives or a skin rash                 |
| <input type="checkbox"/> Psychiatric treatment       | <input type="checkbox"/> Persistent cough/cough up blood             | <input type="checkbox"/> Arthritis                            |
| <input type="checkbox"/> Autism                      | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)                           | <input type="checkbox"/> Stomach ulcers                       |
| <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy              | <input type="checkbox"/> Emphysema                                   | <input type="checkbox"/> Pregnancy                            |
| <input type="checkbox"/> Rheumatic fever             | <input type="checkbox"/> Heart disease/surgery                       | <input type="checkbox"/> Premature birth? # of weeks _____    |
| <input type="checkbox"/> Epilepsy                    | <input type="checkbox"/> Heart murmur                                | <input type="checkbox"/> Venereal disease                     |
| <input type="checkbox"/> Intellectual disability     | <input type="checkbox"/> Hypertension/high blood pressure            | <input type="checkbox"/> Hepatitis, jaundice or liver disease |
| <input type="checkbox"/> Cleft lip or palate         | <input type="checkbox"/> Bleeding disorder (Hemophilia/anemia/other) | <input type="checkbox"/> Diabetes                             |
| <input type="checkbox"/> Hearing disability          | <input type="checkbox"/> Sickle cell disease                         | <input type="checkbox"/> Kidney trouble                       |
| <input type="checkbox"/> Developmental disability    | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS                                    | <input type="checkbox"/> Spina Bifida                         |
| <input type="checkbox"/> Hay fever                   | <input type="checkbox"/> Childhood cancer                            | <input type="checkbox"/> Other _____                          |
| <input type="checkbox"/> Thyroid disease             | <input type="checkbox"/> Inflammatory rheumatism                     |   |

- |   | Yes                      | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 2. Is your child taking any prescription and/or over the counter medications at this time? .....          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| If yes, please list: _____  |                          |                          |
| 3. Is she taking oral contraceptives? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Is your child allergic to any medications? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| If yes, please list: _____  |                          |                          |
| 5. Does your child have any environmental, food or other allergies? .....                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| If yes, please list: _____  |                          |                          |
| 6. Has your child ever been hospitalized or had a serious illness or operation? .....                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| If yes, please explain: _____   |                          |                          |
| 7. Does your child have to urinate more than six (6) times a day? .....                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Is your child thirsty much of the time? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Has your child had abnormal bleeding associated with previous surgery, extractions or accidents? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Does he/she bruise easily? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Has he/she ever required a blood transfusion? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Has your child had chemotherapy or radiation therapy? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Does your child have a disability that may prevent treatment in a dental office? .....                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| If yes, please explain: _____   |                          |                          |
| 14. Is this the child's first visit to a dentist? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| If not the first visit, what was the date of the last dentist visit? _____                                |                          |                          |
| 15. Has your child had any problem with past dental treatments? .....                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Has your child ever had dental radiographs (x-rays) taken? .....                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Has he/she ever had orthodontic (braces) treatment? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Has he/she ever been treated for any gum diseases? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Do his/her gums bleed when brushing teeth? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Does he/she grind or clench teeth? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Has he/she had toothaches? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Has he/she had frequent sores in his/her mouth? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Has he/she had any injuries to his/her mouth or jaws? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Does he/she have any sores or swelling of his/her mouth or jaws? .....                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

To the best of my knowledge, all of the preceding answers are true and correct. If my child ever has a change in his/her health or medication, I will inform the doctor at the next appointment without fail.

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

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

**CHILDREN'S DENTAL HEALTH CLINIC  
ENTREVISTA FINANCIERA y DECLARACIÓN JURADA DE INGRESOS**

**Como se entero de nuestra clinica?** \_\_\_\_\_ **Sexo:** **M** **F**

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ No. de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Apto. # \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo Electronico \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_

Llene la lista de todo los miembros de la Familia		Edad	Marque todas las Casillas que apliquen	Relacion con la Cabeza de Familia	Ingreso Anual Marque todas las Casillas que apliquen
Cabeza de Familia			<input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Senior	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	\$ _____ <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado
Nombre Miembro 2			<input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Senior		\$ _____ <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado
Nombre Miembro 3			<input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Senior		\$ _____ <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado
Nombre Miembro 4			<input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Senior		\$ _____ <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado
Nombre Miembro 5			<input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Senior		\$ _____ <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado
Nombre Miembro 6			<input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Senior		\$ _____ <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado
Nombre Miembro 7			<input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Senior		\$ _____ <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado
Nombre Miembro 8			<input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Senior		\$ _____ <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado

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

1. Descendencia Etnica ( Marque Uno ) :  Hispano  No es Hispano

2. Origen Racial ( Marque Uno ) :

Blanco	Indio Americano / Nativo Alaskeno y Blanco
Negro / Afroamericano	Indio Americano / Nativo Alaskeno y Negro
Asiatico	Asiatico y Blanco
Indio Americano / Nativo Alaskeno	Negro y Blanco
Nativo Hawaiano / Isleno del Pacifico	Otro Multirracial



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.

Nombre de la persona llenando las formas \_\_\_\_\_

Relacion con el paciente \_\_\_\_\_

Conforme al Titulo 18, Seccion 1001 del codigo de los Estados Unidos, es un delito grave para cualquier persona a sabiendas y voluntariamente hacer declaraciones falsas o fraudulentas para cualquier departamento de Gobierno de las Estados Unidos. El abajo firmante certifica que todas las declaraciones contenidas en el presente, son verdaderas y correctas conforme a mi entero conocimiento y creencia. Entiendo que la informacion que porporcione en esta certification esta sujeta a verificacion esta , y estoy de acuerdo propocionar la documentacion necesaria, si se me solicita.

**Bajo pena de perjuio, certifico que la informacion anterior es verdadera y correcta**

Firma \_\_\_\_\_

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

---

**OFFICE USE ONLY**

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

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

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

HUD Pov. Level     EXT-LW     VL     L