

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

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

**En Caso de Emergencia llamar a:** \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

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

Por favor indique solamente si alguna vez su hijo/a ha experimentado alguno de los siguientes:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Autismo                          | <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Sarpullido o dermatitis             |
| <input type="checkbox"/> Tratamiento psiquiátrico         | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar                            | <input type="checkbox"/> Artritis                            |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresión               | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)                              | <input type="checkbox"/> Ulceras gastricas                   |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de Down                 | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática                               | <input type="checkbox"/> Embarazo                            |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral               | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón /cirugía                | <input type="checkbox"/> Parto prematuro? # de semanas_____  |
| <input type="checkbox"/> Desmayos o ataques               | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco                                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad de transmisión sexual    |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia                        | <input type="checkbox"/> Discrasias sanguíneas (hemophilia/anemia/otro) | <input type="checkbox"/> Hepatitis o enfermedades del hígado |
| <input type="checkbox"/> Incapacidad física o mental      | <input type="checkbox"/> Enfermedad de las células falciformes          | <input type="checkbox"/> Diabetes                            |
| <input type="checkbox"/> Labio leporino o paladar hendido | <input type="checkbox"/> Problemas renales                              | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides           |
| <input type="checkbox"/> Espina Bífida                    | <input type="checkbox"/> SIDA (HIV/AIDS)                                | <input type="checkbox"/> Hipertensión/alta presión arterial  |
| <input type="checkbox"/> Problema de los oídos            | <input type="checkbox"/> Cáncer/tumores infantiles                      | <input type="checkbox"/> Otros _____                         |
| <input type="checkbox"/> Problema de los vista            | <input type="checkbox"/> COVID-19                                       |  |

- |  | <b>Si</b>                | <b>No</b>                |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Esta su hijo/a tomando alguna medicina?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es así, por favor indique: _____  |                          |                          |
| 2. Su hija está tomando pastillas anticonceptivas? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Tiene su hijo/a alergias a algunas medicinas?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es así, que pasa?: _____  |                          |                          |
| 4. Tiene su hijo/a alergias ambientales, a alimentos, o otros? ¿Productos de látex? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es así, que pasa?: _____  |                          |                          |
| 5. Su hijo/a ha tenido una enfermedad seria, o ha sido hospitalizado o operado? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es así, que y por qué: _____  |                          |                          |
| lo que pasa?_____  |                          |                          |
| 6. Tiene o ha tenido su niño sangrado anormal o excesivo, asociado con cirugía previa, extracciones dentales o accidentes? ..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Alguna vez ha requerido transfusiones de sangre? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ha recibido su hijo/a terapia de radiación o quimioterapia? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Tiene su hijo/a alguna incapacidad física que pueda impedir tratamiento en una clínica dental? ....                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si es así, explique: _____   |                          |                          |
| 10. 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? _____   |                          |                          |
| 11. Ha tenido su hijo/a algún problema relacionado con previos tratamientos dentales?.....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Ha recibido su hijo/a tratamiento de ortodoncia o frenos? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Tiene dolor, inflamación, ¿o hinchazón en su boca o quijada? .....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Se le forman úlceras en su boca frecuentemente? .....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

EL MOTIVO DE LA VISITA HOY? \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Imprimir nombre aquí: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_



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

**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