

BIENVENIDOS A DIENTES

¡Los beneficios de una sonrisa saludable son incontables! Ayudarle a mantener la mejor salud oral es nuestra misión. Favor de llenar los formularios completamente. Al comunicarnos mejor le brindamos una mejor ayuda.

INFORMACIÓN DEL NIÑO/A

Nombre: _____
Apellido Nombre Segundo

Domicilio: _____
Calle

Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento Lugar de Nacimiento
(Ciudad y Estado)

Hombre Mujer

Número de Seguro Social

INFORMACIÓN DEL PADRE O GUARDIAN

Nombre: _____
Apellido Nombre Segundo

Domicilio: _____
Calle

Ciudad Estado Código Postal

Teléfono Teléfono del Trabajo

Número del Seguro Social

INFORMACIÓN DE SEGURO

de Dential _____

de Delta Healthy Families _____

de Healthy Kids _____

CHDP EIP Homeless Project

Otro _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

En caso de emergencias, llamar a...

Nombre

Parentesco

Teléfono

La siguiente información es **opcional**. Dientes Community Dental Care es una organización sin fines de lucro. La siguiente información se nos pide recopilar para fines de distintas subvenciones que nos permiten seguir prestando atención dental de calidad y a precios bajos. Agradecemos su cooperación para contestar las preguntas siguientes. Si tiene dudas, pregunte a la recepcionista.

RAZA E IDIOMA

- Caucásico/Blanco Hawaiano
 Hispano o latino Isleño del Pacífico
 Afro-americano Asiático
 Indio americano o esquimal

¿Cuál es su idioma materno? _____

INFORMACIÓN ESCOLAR

Escuela _____ Grado _____

Maestro _____

SITUACIÓN DE VIVIENDA

- Rento solo
 Rento con otras personas
 Tengo casa propia
 Me estoy quedando con amigos /o familiares por menos de seis meses
 Rento cuarto de Hotel
 Me quedo en refugio o programa
 Participo en un programa de viviendas transitorias
 Me quedo en mi auto, campamento o en las calles

EMPLEO

- Empleador: _____
 Trabajador del campo Desempleado

INFORMACIÓN DE REGISTRO DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE

Apellido

Nombre

Inicial

Fecha de nacimiento

HISTORIAL MÉDICO

ENCIERRE EN UN CÍRCULO LA RESPUESTA APROPIADA

- ¿Tiene el niño buena salud en general?..... SÍ NO
¿Se encuentra el niño bajo tratamiento médico actualmente?..... SÍ NO
Si es así, ¿cuándo? _____ ¿Por qué? _____
Nombre del médico _____
¿Toma el niño algún medicamento?..... SÍ NO
¿Cuándo? _____ ¿Por qué? _____
¿Ha tenido el niño alguna enfermedad seria?..... SÍ NO
¿Cuándo? _____ ¿Qué tipo? _____
¿Es el niño alérgico a la penicilina, antibióticos u otros medicamentos?.. SÍ NO
¿Tiene el niño alguna alergia?..... SÍ NO
¿Ha tenido el niño alguna cirugía?..... SÍ NO
¿Se contempla la cirugía?..... SÍ NO
¿Sufre el niño de hemorragias profusas?..... SÍ NO
¿Padece el niño de desórdenes nerviosos?..... SÍ NO
¿Desmayos?..... SÍ NO
¿Mareos?..... SÍ NO
¿Ha padecido el niño hepatitis A, B o C?..... SÍ NO
¿Ha tenido el niño alguna transfusión de sangre?..... SÍ NO
¿Se le ha hecho al niño una prueba de la tuberculosis?..... SÍ NO
¿Se le ha hecho al niño la prueba de VIH?..... SÍ NO
¿Ha tenido el niño problemas de (encierre en un círculo las respuestas apropiadas)
diabetes, soplo en el corazón, asma, infecciones de hígado, fiebre reumática,
infección en el oído SÍ NO

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES COMPLETA Y EXACTA.

FIRMA DEL PADRE O GUARDIAN

FECHA

FIRMA DEL DENTISTA

FECHA

Favor de firma ÚNICAMENTE si autoriza a su hijo/a entre 12-18 años a ser tratado/a sin padres/guardianes presentes:

AUTHORIACION:

Yo autoriza a mi hijo/a _____ a recibir tratamiento sin que yo este presente a su cita.

Firma de padre/guardian

Fecha

HISTORIA MÉDICA INFORMACIÓN

Bienvenidos a Dientes!

Esperamos que su visita con nosotros sea una experiencia agradable.

Haci es como nuestra clinica trabaja

Quienes somos: Dientes es una oranizacion nolucrativa privada. No somos una clinica del gabierno ni poseidos por un dentista privado. Una junta directiva es responsable de la operacion y del financiamiento de la clinica.

Nuestra mission: Proporcionar cuidado dental a las personas de bajos ingresos o quienes no pueden obtener servicios dentales privados.

Quien es eligible para Dientes:

- Personas que tienen seguro publico tal como Medi-Cal o Familias Saludables.
- Personas que son de programas especiales, tales como CHDP, personas desamparadas, ect.
- Personas de bajos ingresos. Definimos ingresos bajos como personas con no mayor que dos veces el nibel de pobreza federal (vea la guia de consulta ingreso). Necesitamos la prueba de ingreso tal como una W-2 de sus impuestos, dos talones de cheques los mas recientes o del decempleo, una carta del seguro social si usted recibe.

Que hacemos: Proveemos servicios dentales basicos por ejemplo: examenes, radiografias, limpiezas, tratamientos de fluoruro, sellantes, rellenos, coronas, dentaduras, extracciones, algunos tratamientos de nervio, tratamientos de emergencia. No hacemos: ortodoncia, cirugia de las encias, extracciones complicadas, tratamientos de nervio complicados, ni tratamiento cosmetico. Para estos procedimientos les referiremos a los especialistas.

Terminos de pago: Nuestra polisa es de pagar a la hora del servisio. Si Cobramos a su aseguranza y usted tiene un co-page el cual no fue colectado, le mandaremos su estado de cuenta con el balance restante.

Nuestra Polisa de cita:

- Nosotros vemos pacientes con cita, como cualquier otra oficina privada.
- Nosotros esperamos que usted llege a tiempo a su cita si ilege 15 minutos tarde no sele podra ver.
- Es la responsabilidad de usted confirmar su cita 48 horas antes de su cita.
- Usted puede confirmar su cita durante horas de oficina o dejar un mensaje en la contestadora las 24 horas del dia.
- Incidente de no confirmar su cita puede resultar en la perdida de su cita.
- Si usted faltá 2 citas dentro de un cেমestre sin darnos aviso previo nosotros daremos su cita a otro paciente que sera mas cofiable.
- Despues de seis meses nosotros reconsidaremos su peticion para readmisionar nuestra clinic.

Respetar el uno al otro: Nos dedicamos a proporcionarle cuidado dental de alta calidad de una manera professional, ser cortes y respetuoso. Esperamos que usted trate a nuestro personal con la misma cortesia y respeto. Si usted tiene algunos elogios o quejas por favor hagalas saber a la gente que le trata, o ala administradora de oficina, o complete una encuesta sobre el trato y servicios que recibe.

He leido y entendido como Dientes trabaja.