

Historial de Salud y Formulario de Consentimiento
(Por favor complete ambos lados)

Nombre del niño: _____ Nivel de Grado: _____
Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

¿Cómo se enteró de la Van Dental? () Escuela () Personal de EDCHC () Oficina del Doctor () Otro

Escuela del Niño: _____ Maestro(a) del Niño: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: ____/____/____ Genero en el certificado de nacimiento Masculino Femenino

Numero de Seguro Social: ____ -MM -DD AAAA

Dirección de Correo: _____

Calle/Apartado Postal

Ciudad

Código Postal

Información de los Padres/ Tutores:

1. Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento del Tutor ____/____/____

MM DD AAAA

Teléfono: Casa _____ Teléfono Movil: _____ Trabajo: _____

Seguro Social: ____ - ____ - ____ Relación con el paciente: Madre Padre Otro _____

2. Padre o Contacto de Emergencia

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

MM DD AAAA

Teléfono: Casa _____ Teléfono Movil: _____ Trabajo: _____

Seguro Social: ____ - ____ - ____ Relación con el Paciente: Madre Padre Otro _____

Lenguaje de Preferencia: _____

Nombre de la Farmacia de Preferencia: _____ Calle: _____ Ciudad: _____

¿Es el niño descendiente de un trabajador agrícola? S N Si es Si, circule uno: Inmigrante o Estacional	
¿Actualmente sin Hogar? S N	
<input type="checkbox"/> En su auto <input type="checkbox"/> En un albergue <input type="checkbox"/> En un hotel <input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> Con otra familia <input type="checkbox"/> Otro	
¿Número de personas en el hogar? _____ Ingreso Mensual del Hogar? _____	
Etnicidad (marque uno): <input type="checkbox"/> Hispano/Latino: <input type="checkbox"/> No-Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No declarado /Se negó a reportar	
Raza:	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Otro de las Islas del Pacifico
<input type="checkbox"/> Mas de una raza	<input type="checkbox"/> No declarado/Se negó a reportar

Nombre del Seguro Dental Primario: _____ Póliza #: _____

Nombre del Seguro Dental Secundario: _____ Póliza #: _____

Nombre del Seguro Médico: _____ Póliza #: _____

¿Tiene su hijo un dentista? Nombre _____ Última visita: _____

Los pacientes no asegurados pueden ser elegibles para recibir un descuento a través del programa de bajos ingresos. Los descuentos se basan en el tamaño de la familia y el ingreso familiar. Nuestro personal puede ayudarle con preguntas acerca de las opciones del plan de atención médica y dental.

Pasar página



Su hijo tiene o ha tenido su hijo:

Tos Persistente	S	N	Cardiopatía Congenita	S	N	Alergias al Latex	S	N
Dolor de Garganta Persistente	S	N	Enfermedad reumática del Corazón	S	N	Asma	S	N
Fiebre Persistente	S	N	Murmullo del Corazón	S	N	Diabetes	S	N
Vacuna para SRP & Tetano	S	N	Prolapso de la Válvula Mitral	S	N	Problemas de Sangrado	S	N
Prueba Cutánea (piel) de TB	S	N	Expuesto a una enfermedad	S	N	VIH o SIDA	S	N
Resultado de las Pruebas de TB	P	N	Epilepsia o convulsiones	S	N	Hepatitis	S	N
Toma Vitaminas de Fluoruro	S	N	Trastorno Nervioso o Mental	S	N	Anemia	S	N

¿Si su hijo tuvo una prueba positiva de piel de TB, tiene una radiografía del Tórax (pecho)? S N Explique _____

¿Su hijo está tomando algún medicamento? S N Si es si, ¿qué medicamentos? _____

¿Su hijo ha sido hospitalizado en el último año? S N Si es si, ¿por qué? _____

¿Su hijo experimento alguna complicación mientras estaba en el hospital? S N Explique: _____

¿Tiene su hijo alguna alergia (incluyendo alergias a medicamentos como a la penicilina)? S N

En caso afirmativo, ¿qué medicamentos u otras reacciones alérgicas? _____

¿Tiene su hijo algún problema dental? S N Explique: _____

¿Hay algo más que debemos saber sobre la salud de su hijo? _____

La información que he presentado en este formulario es verdadera a lo mejor de mi conocimiento.

Doy mi consentimiento para que mi hijo (a) sea llevado de la clase por el personal de El Dorado Community Health Center (EDCHC) para ser visto en el Dorado Smiles Dental Van o en un salón de clase para un examen y tratamiento dental que puede incluir lo siguiente: consulta de tele-odontología, radiografías dentales, fotografías intraorales y extraorales, examen dental, tratamiento con Fluoruro, limpieza dental, sellantes (cubierta protectora sobre los dientes), o restauraciones terapéuticas temporales. Para obtener más información sobre la consulta de tele-odontología y el método de examen dental, por favor refiérase a la hoja de información de tele-odontología. Si tiene más preguntas, puede llamar a la clínica al (530) 497-5016.

Entiendo que recibiré una llamada de la oficina dental de 5-7 días hábiles después de que mi hijo (a) haya sido visto acerca de los hallazgos de la consulta de tele-odontología y cualquier tratamiento futuro que pueda ser necesario. Prometo notificar al personal de EDCHC con 24 horas de anticipación para cancelar o cambiar una cita. Si se da menos aviso al personal, mi cita será considerada una cita perdida. Entiendo que una cita perdida se toma muy en serio. Si se pierden 2 citas sin la debida notificación dentro del mismo año calendario, se requerirá una carta escrita al director dental antes de poder programar citas futuras.

Autorizo que los beneficios del seguro médico de mi hijo sean pagados directamente a El Dorado Community Health Center. También autorizo a El Dorado Community Health Center o a la compañía de seguro médico a revelar cualquier información requerida para procesar mis reclamos. Entiendo que soy responsable de mantener la elegibilidad de mi seguro médico y los gastos incurridos durante el tratamiento dental que no pueden ser cubiertos por la organización del seguro médico.

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD: Doy mi consentimiento para que el personal de EDCHC le comunique la información de mi hijo a cualquiera de los socios involucrados. Esto incluye, pero no se limita a El Dorado Community Health Center, EDCOE, Head Start, EDC Public Health Division.

Nombre del paciente: _____ Nombre del Padre/Guardián (Escriba en letra de imprenta) _____

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____ Relación con el paciente _____

Por la presente admito haber recibido la Hoja de Información de Tele-odontología y estoy de acuerdo que el paciente mencionado anteriormente participe en una consulta de tele-odontología.

★ Firma: _____ Fecha: _____