



Historial de Salud y Formulario de Consentimiento

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: _____

Nacimiento del Paciente: ____/____/____ Genero Masculino Femenino No. 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.

El Dorado Smiles Dental Van



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 transmitida en el aire.	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 la camioneta dental para ser visto en el Dorado Smiles Dental Van para un examen dental que puede incluir lo siguiente: radiografías dentales, examen dental, tratamiento con Fluoruro, limpieza dental, sellantes (cubierta protectora sobre los dientes), o restauraciones terapéuticas temporales.

Entiendo que, durante la examinación, el dentista planificará el tratamiento para los procedimientos dentales necesarios. Revisare las recomendaciones del tratamiento dental que se enviaran a la casa con mi hijo después del examen. Entiendo que se me contactara para obtener mi consentimiento para realizar las recomendaciones del tratamiento dental, para confirmar la cita de seguimiento de mi hijo o por cualquier razón relacionada con el tratamiento de mi hijo.

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.

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

Prometo notificar al personal de la camioneta dental 24 horas antes 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 para programar citas futuras.

Nombre del Padre/Guardián (Escriba en letra de imprenta) _____ Relación con el paciente _____

★ Firma: _____ Fecha: _____

Por la presente admito haber recibido Notificación de las Practicas de Privacidad de El Dorado Community Health Center.

★ Firma: _____ Fecha: _____