

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

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

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

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

Has your child had any history of, or conditions related to, any of the following (check if yes)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Autism                                | <input type="checkbox"/> Asthma                  | <input type="checkbox"/> Hives or a skin rash                 |
| <input type="checkbox"/> Psychiatric treatment                 | <input type="checkbox"/> Lung Disease            | <input type="checkbox"/> Arthritis                            |
| <input type="checkbox"/> Anxiety/Depression                    | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)       | <input type="checkbox"/> Stomach problems/ulcers              |
| <input type="checkbox"/> Down Syndrome                         | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever         | <input type="checkbox"/> Pregnancy                            |
| <input type="checkbox"/> Cerebral Palsy                        | <input type="checkbox"/> Heart disease/surgery   | <input type="checkbox"/> Premature birth? # of weeks _____    |
| <input type="checkbox"/> Fainting spells or seizures           | <input type="checkbox"/> Heart murmur            | <input type="checkbox"/> Sexually Transmitted Disease         |
| <input type="checkbox"/> Epilepsy                              | <input type="checkbox"/> Blood disorder          | <input type="checkbox"/> Hepatitis, jaundice or liver disease |
| <input type="checkbox"/> Intellectual/developmental disability | <input type="checkbox"/> Sickle cell disease     | <input type="checkbox"/> Diabetes                             |
| <input type="checkbox"/> Cleft lip or palate                   | <input type="checkbox"/> Kidney Disease          | <input type="checkbox"/> Thyroid disease                      |
| <input type="checkbox"/> Spina Bifida                          | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS                | <input type="checkbox"/> Hypertension/high blood pressure     |
| <input type="checkbox"/> Hearing Problems                      | <input type="checkbox"/> Childhood cancer/tumors | <input type="checkbox"/> Other _____                          |
| <input type="checkbox"/> Vision Impaired                       | <input type="checkbox"/> COVID-19 Date: _____    |   |

- |   | Yes                      | No                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Is your child taking any prescription or over the counter medications at this time?<br>If yes, please list: _____                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Is she taking oral contraceptives?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Is your child allergic to any medications?<br>If yes, please list: _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Does your child have any food, seasonal or other allergies? Latex Products?<br>If yes, please list: _____<br>what happens? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Has your child ever been hospitalized or had a serious illness or operation?<br>If yes, When & Why: _____                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Has your child had abnormal bleeding associated with previous surgery, extractions or accidents?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Has he/she ever required a blood transfusion?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Has your child had chemotherapy or radiation therapy?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Does your child have a disability that may affect treatment in a dental office?<br>If yes, please explain: _____                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Is this the child's first visit to a dentist?<br>If not the first visit, what was the date of the last dentist visit? _____     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Has your child had any problems with past dental treatments?<br>If yes, What & When: _____                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Has he/she ever had orthodontic (braces) treatment?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Has he/she ever had injuries to his/her mouth or jaws?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Does he/she have any pain, sores or swelling of his/her mouth or jaws?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Does he/she use recreational marijuana or CBD (Edibles)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

WHAT IS THE REASON FOR THE VISIT TODAY? \_\_\_\_\_

To the best of my knowledge, all of the above 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 \_\_\_\_\_

Print Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

**Children's Dental Health Clinic  
Patient Information and Financial Screening**

How did you hear about the clinic? \_\_\_\_\_

Patient Information

Patient name: \_\_\_\_\_

Birthday: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Age: \_\_\_\_

Social security # \_\_\_\_\_

Sex: Male  Female

Address: \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ Zip code: \_\_\_\_\_

Cell Phone Number 1: (     ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cell Phone Number 2: (     ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

E- Mail Address: \_\_\_\_\_

Has the patient been treated here before? No \_\_\_ Yes \_\_\_ If yes, when? \_\_\_\_\_

Does the patient have Medi-Cal? No \_\_\_ Yes \_\_\_ Card # \_\_\_\_\_

Does the patient have Dental Insurance? No \_\_\_ Yes \_\_\_

Patient ethnicity: Hispanic  Not Hispanic

Patient race (Check all that apply):

American Indian / Alaskan Native	<input type="checkbox"/>	Caucasian (white)	<input type="checkbox"/>
Asian	<input type="checkbox"/>	Native Hawaiian / Pacific Islander	<input type="checkbox"/>
Black / African American	<input type="checkbox"/>	Multi-Racial	<input type="checkbox"/>

Household information

Name of Head of household: \_\_\_\_\_

Total number of persons in family/household: \_\_\_\_\_

Family/household income: \_\_\_\_\_

I understand I am responsible to pay any dental treatment that is not covered or is denied by insurance. My sliding scale rate is determined to be \_\_\_\_\_% of the usual and customary rate (UCR) per procedure. I understand payment is due the day service is rendered. The Children's Dental Health Clinic does not offer credit.

Print name here: \_\_\_\_\_ Relationship to patient: \_\_\_\_\_

According to Title 18, Section 1001 of the U.S. Code, it is a felony for any person to knowingly and willingly make a false or fraudulent statement to any department of the United States Government. I, the undersigned, hereby certify that all statements contained herein, are true and correct to the best of my knowledge and belief. I understand the information I provide in certification is subject to verification, and agree to provide necessary documentation if re-quested to do so.

**Under the penalty of perjury, I certify that the above information is true and correct**

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

---

**OFFICE USE ONLY**

Witness Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Total Family Income (MONTHLY): \_\_\_\_\_

HUD Pov. Level: EXT-LW VL L



# CHILDREN'S DENTAL HEALTH CLINIC

SERVING KIDS ONE SMILE AT A TIME SINCE 1932

Patient Name: \_\_\_\_\_  
Last First

Patient's Date of Birth: \_\_\_\_\_

Name of Guardian: \_\_\_\_\_

Relationship to patient: \_\_\_\_\_ Cellphone: ( ) \_\_\_\_\_

In case of an emergency, contact: \_\_\_\_\_ Cellphone: ( ) \_\_\_\_\_

## **POLICIES AND TREATMENT AGREEMENT**

***Please read and initial the following policies:***

\_\_\_\_\_ Parent/Legal guardian must be present for the initial visit and recall visit and cannot leave the waiting area while child is being treated. Patients without a parent/legal guardian present or without a signed form assigning authorization will not be seen.

\_\_\_\_\_ It is my responsibility to bring my child to the Clinic at the date and time of his/her appointment. I must notify the Clinic at least 24 hours in advance if I need to cancel or re-schedule an appointment in order to avoid being charged a broken appointment fee.

\_\_\_\_\_ If you have Denti-Cal a missed or broken appointment can be reported to Medi-Cal.

\_\_\_\_\_ If I am late, or do not confirm my appointment I can potentially lose the time reserved for my child to be seen or have my appointment cancelled. This will be considered a broken appointment.

\_\_\_\_\_ After a 3<sup>rd</sup>. missed appointment, I might become ineligible to have my child seen at the Clinic.

\_\_\_\_\_ I will immediately report any health or medication changes to what has already been reported on my child's medical history form as well as any changes to the information previously provided to the Clinic, such as address, income or number of members in my family.

\_\_\_\_\_ The Children's Dental Health Clinic accepts Medi-Cal and some PPO insurances. For low-income families without insurance, we have sliding scale fees when providing proof income.

\_\_\_\_\_ Patients with Medi-Cal must present their current insurance card in order to prove valid eligibility.

\_\_\_\_\_ I understand I am responsible to pay for any dental treatment that is not covered or is denied by insurance. I am expected to pay on the day of the visit.

\_\_\_\_\_ I grant permission to the Children's Dental Health Clinic to take any x-rays and/or perform dental prophylaxis necessary or advisable for my child's diagnostic and restorative treatment.

\_\_\_\_\_ I hereby consent to the use of appropriate behavior guidance techniques during my child's treatment.

\_\_\_\_\_ I hereby authorize the Children's Dental Health Clinic to use pictures/videotape taken of my child during treatment for brochures or other printed materials, website, or other ways that are needed by the CDHC. I understand that my child will not **be identified** by name.

The undersigned certifies that he/she has read and is willing to comply with the foregoing and is the parent or guardian of the patient.

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

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

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

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

Nombre del médico familiar del paciente: \_\_\_\_\_ 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"/> Problemas de la vista            | <input type="checkbox"/> COVID-19 Fecha: _____                          |  |

- |  | Sí                       | No                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Esta su hijo/a tomando alguna medicina?<br>Si es así, por favor indique: _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Su hija está tomando pastillas anticonceptivas?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Tiene su hijo/a alergias a algunas medicinas?<br>Si es así, ¿cuáles? _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿Tiene su hijo/a alergias ambientales, a alimentos, u otros? ¿productos de látex?<br>Si es así, ¿cuáles?: _____<br>¿Qué pasa? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ¿Su hijo/a ha tenido una enfermedad seria, o ha sido hospitalizado u operado?<br>Si es así, ¿qué? y ¿porque?: _____                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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? Si es así, explique: _____          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Es esta la primera visita al dentista de su hijo/a?<br>Si no, ¿cuál es la fecha de su última visita? _____                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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"/> |
| 15. ¿Utiliza marihuana recreativa o cannabidiol (CBD)?   | <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 \_\_\_\_\_

**Children's Dental Health Clinic**  
**Información del paciente y evaluación financiera**

¿Cómo se enteró de nuestra clínica? \_\_\_\_\_

Información del paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino  Femenino

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

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de celular primario: (     ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Celular secundario: (     ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿El paciente ha estado aquí antes?     No \_\_\_ Si \_\_\_     ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿El paciente tiene Medi-Cal?            No \_\_\_ SI \_\_\_     Número de tarjeta \_\_\_\_\_

¿El paciente tiene aseguranza dental?    No \_\_\_ Si \_\_\_

Descendencia étnica: Hispano  No Hispano

Origen racial (Marque todas las opciones que correspondan):

Asiático		Nativo Hawaiano / Isleño del pacífico	
Blanco		Negro / Afroamericano	
Indio Americano / Nativo de Alaska		Multirracial	

Información del hogar

Cabeza de familia (Nombre): \_\_\_\_\_

Número total de personas en la familia/hogar: \_\_\_\_\_

Ingreso familiar: \_\_\_\_\_

Comprendo que soy responsable para cualquier balance que no cubra o sea negado por mi aseguranza. Mi porción en la tarifa variable se determina 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.

Imprimir nombre aquí: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Conforme al Título 18, Sección 1001 del código 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 los 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 información que proporcione en esta certificación esta sujeta a verificación esta, y estoy de acuerdo proporcionar la documentación necesaria, si se me solicita.

**Bajo pena de perjurio, certifico que la información anterior es verdadera y correcta**

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

**OFFICE USE ONLY**

Witness Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Total Family Income (MONTHLY): \_\_\_\_\_

HUD Pov. Level:  EXT-LW  VL  L





**CHILDREN'S DENTAL  
HEALTH CLINIC**

SERVING KIDS ONE SMILE AT A TIME SINCE 1932

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/la paciente está siendo tratado. Los pacientes sin un padre/guardián legal presente, o sin un formulario firmado que asigna la autorización no será atendido.

\_\_\_\_\_ 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.

\_\_\_\_\_ Reportare 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 aseguranza 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.

\_\_\_\_\_ Autorizo 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: \_\_\_\_\_  
Padre/Tutor

Fecha: \_\_\_\_\_