



Historial Médico y Dental

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____
(Nombre Legal, Segundo Nombre, Apellido) (MM/DD/AAAA)

Prefiere que le llamen/ Apodo: _____

Sexo: Masculino Femenino Otro: _____ Numero de Seguro Social: _____-_____-_____

Identidad de género (si es diferente al anterior):

Hombre trans Mujer trans Género no confirmado Otro: _____

Domicilio: _____ Apt: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono Principal: (____) ____-____ Número de Teléfono Secundario: (____) ____-_____

Contacto de Emergencia

Nombre: _____ Teléfono: (____) ____-____ Parentesco: _____

En caso que no podemos comunicarnos con los padres/tutor legal. ¿Podemos contactar y confirmar las citas con el contacto de emergencia? Si No

Nombre del Médico del paciente: _____ Número de Teléfono: (____) ____-_____

¿Cómo se enteró de nuestra clínica dental/fue referido por? _____

¿El paciente ha tenido antecedentes o condiciones relacionadas con alguno de los siguientes?

Marque todo lo que corresponda.

- | | | |
|---|--|--|
| <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"/> Úlceras gástricas |
| <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 (hemofilia/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: _____ | |

Marque Si o No para las siguientes preguntas.

- | | Si | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿El paciente está tomando algún medicamento en este momento?
Indique: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿El paciente está tomando pastillas anticonceptivas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿El paciente es alérgico a algún medicamento?
Indique: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ¿El tiene alguna alergia alimentaria, estacional y/o de otro tipo, incluyendo los productos de látex?
Indique: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



- | | Si | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 5. ¿El paciente ha sido hospitalizado, ha tenido una enfermedad grave o alguna operación?
Indique: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ¿Tiene o ha tenido el paciente 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. ¿El paciente ha tenido problemas de disciplina en la escuela?
Explique: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ¿El paciente ha recibido radioterapia o quimioterapia? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ¿Tiene el paciente alguna incapacidad física que pueda impedir tratamiento en una clínica dental?
Explique: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ¿Es la primera visita al dentista del paciente?
Si no, ¿cuál es la fecha de su última visita? _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ¿Ha tenido el paciente algún problema relacionado con previos tratamientos dentales? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ¿Ha recibido tratamiento de ortodoncia o frenos el paciente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. ¿Tiene dolor, inflamación, o hinchazón en su boca o quijada? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ¿Se le forman úlceras en su boca frecuentemente? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ¿Utiliza marihuana recreativa o Cannabidiol (CBD)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

¿CUÁL ES EL MOTIVO DE LA VISITA DE HOY? _____

Las respuestas y la información anteriores son verdaderas y correctas, a mi conocimiento. Si el paciente anterior alguna vez tiene un cambio en su salud o medicación, informaré al médico en la próxima cita sin falta.

Si el paciente es menor de 18 años, el padre/tutor legal debe firmar

Imprimir nombre: _____ Parentesco: _____
(Nombre y Apellido Legales)

Firma: _____

Fecha: ____/____/____
(MM/DD/AAAA)



Evaluación Financiera

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
(Nombre Legal, Segundo Nombre, Apellido) (MM/DD/AAAA)

Correo Electrónico: _____ ¿Podemos confirmar citas por correo electrónico? Si No

¿El paciente tiene Medi-Cal? Si No **ID de Miembro/ ID No.: 9** _____

¿El paciente tiene algún otro seguro dental? (Aparte de Medi-Cal) Si No

En caso afirmativo, proporcione lo siguiente:

Nombre del Suscriptor: _____

Fecha de Nacimiento del Suscriptor: ____/____/____

Seguro Social del Suscriptor: _____ - _____ - _____

Nombre de Aseguradora: _____ Número de Teléfono: (____) _____ - _____

ID #: _____

Numero de Grupo: _____

Empleador: _____

Firma: _____ Fecha: ____/____/____
(Firma de Padre/ Tutor Legal) (MM/DD/AAAA)

Por la presente doy permiso a la Clínica Dental de Niños de obtener información del paciente mencionado arriba para beneficios y elegibilidad de seguro.

Demografía

Origen étnico del paciente: Hispano o Latino No Hispano o Latino Me niego a responder

Antecedentes raciales del paciente (marque todo lo que corresponda):

<input type="checkbox"/> Indio americano / nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Blanco (caucásico)
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / Isleño del Pacífico
<input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano	<input type="checkbox"/> Multirracial
<input type="checkbox"/> Hispanic/Latino	<input type="checkbox"/> Me niego a responder

Idioma principal hablado en el hogar: _____

Estado de la vivienda: Alojado Vivienda insegura Sin hogar



Información del hogar

Nombre del Cabeza de Familia: _____ Relación: _____
(Nombre Legal, Segundo Nombre, Apellido)

Sexo del Cabeza de Familia: Masculino Femenino Otro: _____

Tamaño del Hogar: _____

Ingresos Familiares del Hogar: \$ _____ Mensuales / Anuales

Escala de Tarifas

Inicial de lo siguiente.

Entiendo, que soy responsable de pagar cualquier tratamiento dental no cubierto por mi seguro / Denti-cal. Mi _____ tarifa es determinada por los ingresos familiares verificados. Si no puedo comprobar los ingresos, soy responsable de pagar la tarifa más alta. Todos los pagos se hacen el día en que se prestan los servicios.

**Los ingresos se verifican con talón de cheque reciente, formularios de impuestos o carta del empleador. **

Nivel de Tarifa

Nivel	A	B	C	D	E	F	G
Porcentaje (Pagado por el Paciente)	Pagar 15%	Pagar 25%	Pagar 30%	Pagar 35%	Pagar 55%	Pagar 65%	Pagar 80%

Es un delito grave hacer voluntariamente declaraciones falsas o fraudulentas y ocultar información. Yo, el abajo firmante, certifico por la presente que todas las declaraciones contenidas en este documento son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender. Entiendo que la información que proporciono en la certificación está sujeta a verificación, y acepto proporcionar la documentación necesaria si así se me solicita.

El artículo 1785.27 del Código Civil prohíbe al titular de este contrato de deuda médica proporcionar información relacionada con esta deuda a una agencia de informes crediticios. Además de cualquier otra sanción legal, si una persona infringe a sabiendas dicho artículo al proporcionar información sobre esta deuda a una agencia de informes crediticios, la deuda será nula e inejecutable.

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

Nombre: _____ Parentesco: _____
(Nombre y Apellido Legales)

Firma: _____ Fecha: ____/____/____
(MM/DD/AAAA)

OFFICE USE ONLY

Witness Signature: _____ Date: ____/____/____
(MM/DD/YYYY)

Household Income (Monthly): \$ _____

HUD POV. LEVEL: EXT-LOW V-LOW LOW

FEE LEVEL: A B C D E F G



Políticas y Consentimiento para Tratamientos

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
(Nombre Legal, Segundo Nombre, Apellido) (MM/DD/AAAA)

Lea las siguientes pólizas y ponga sus iniciales.

- _____ Un padre / tutor legal debe acompañar al paciente para la primera visita dental y la visita de seguimiento. Un padre/tutor legal es la única persona autorizada para firmar planes de tratamiento y consentimientos. El padre / tutor legal debe permanecer dentro de la clínica mientras el paciente está bajo tratamiento.
- _____ Los pacientes menores de 18 años deben estar presentes con un padre / tutor legal o un cuidador autorizado (el formulario debe completarse antes de la cita). Cualquier adulto que acompañe al paciente debe tener una identificación válida para estar presente durante cualquier visita dental.
- _____ Se requiere que los formularios del paciente sean completados por un padre / tutor legal cada 6 meses, a menos que haya cambios en la salud del paciente con respecto a la medicación y la salud. La Clínica de Salud Dental para Niños (CDHC) debe ser notificada de cualquier cambio en el hogar, como información de contacto, dirección, ingresos del hogar y tamaño de la familia.
- _____ Los pacientes deben asistir a sus citas a tiempo para ser atendidos. Todas las citas deben confirmarse con 24 horas de anticipación, de lo contrario la cita podría cancelarse. Debe darnos un aviso de 24 horas si la cita necesita ser cancelada o reprogramada para evitar una tarifa de cita rota.
- _____ Después de una 3ª cita perdida; el paciente ya no es elegible para regresar a CDHC, las citas perdidas podrían ser reportadas a Medi-Cal.
- _____ La Clínica de Salud Dental para Niños solo acepta Medi-Cal y algunos seguros PPO. Estamos fuera de la red con los seguros PPO. Los pacientes deben presentar su tarjeta de identificación de beneficios del estado de California o tarjeta de seguro para demostrar una elegibilidad válida.
- _____ El responsable de pagar por cualquier tratamiento dental no cubierto o negado por Medi-Cal o el seguro. CDHC ofrece tarifas de escala móvil para familias de bajos ingresos al proporcionar prueba de ingresos familiares. El pago se cobra el día de la cita.
- _____ La Clínica de Salud Dental Infantil tiene permiso para tomar radiografías y/o realizar profilaxis dental necesaria o aconsejable para el tratamiento diagnóstico y restaurativo del paciente.
- _____ La Clínica de Salud Dental Infantil es una institución de enseñanza sin fines de lucro. Los residentes dentales en odontología pediátrica y cirugía oral pueden brindar atención al paciente bajo la supervisión directa de un dentista tratante. El personal de salud aliado, como los estudiantes superiores de higiene dental y los asistentes dentales, pueden brindar atención al paciente bajo la supervisión directa de la facultad que los atiende.
- _____ La Clínica de Salud Dental para Niños está autorizada a usar fotografías / cintas de video tomadas del paciente durante el tratamiento para folletos u otros materiales impresos, sitios web u otras formas que CDHC necesite. La identidad del paciente se mantendrá confidencial.



Yo, el abajo firmante, certifico que he leído y estoy dispuesto a cumplir lo anterior.

Nombre: _____ Parentesco: _____
(Nombre y Apellido Legales)

Firma: _____ Fecha: ____/____/____
(MM/DD/AAAA)