El Dorado Smiles Dental Van

El Dorado Community Health Centers
Placerville • Diamond Springs • Cameron Park
Dental: (530) 497-5016 Fax: (530) 622-8908 www.edchc.org

Historial de Salud y Formulario de Consentimiento

Nombre del niño(a): _____ Segundo nombre: _____ Apellido: _____ Grado_____

¿Cómo se enteró de la Van Dental? ( )Escuela ( )Personal del EDCHC ( )Oficina del Doctor ( ) De otra manera _____

Escuela del Niño: _____ Maestro(a) de su hijo/a: _____

Sexo: Femenino Masculino Fecha de nacimiento mes / día / año Num. Seguro Social: _____

¿Es hispano su hijo/a?: Si No Idioma principal: _____ Descendiente de un trabajador migrante? Sí No

Domicilio (Coreo): _____
Calle/PO Box Ciudad Código postal

Dirección (Casa):_____
Calle/PO Box Ciudad Código postal

Nombre del padre 1:_____ Num. de seguro social o ITIN:_____ Fecha de nacimiento: mes / día / año
Teléfono: _____Celular: _____Trabajo_____

Nombre de padre 2:_____Num. de seguro social o ITIN:_____ Fecha de nacimiento: mes / día / año
Teléfono: _____Celular: _____ Trabajo _____

Persona de contacto en caso de emergencia: _____Teléfono: _____
Nombre Relación

Nombre del Seguro Dental: _____Numero de póliza: _____

Nombre del Seguro Médico: _____Numero de póliza: _____

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

Tiene otro seguro dental su niño(a)? Si No En caso afirmativo, Cual es? _____

Número de personas en su hogar: _____ Sueldo mensual del hogar? _____

Farmacia preferida: _____ Ubicación: _____

¿Tiene su hijo/a o ha tenido su hijo/a?:

Una tos persistente	S	N	Una enfermedad del Corazón congénita	S	N	Una alergia al látex	S	N
Un dolor de garganta persistente	S	N	Una enfermedad reumática del corazón	S	N	El Asma	S	N
Una fiebre persistente	S	N	Un soplo en el corazón	S	N	Diabetes	S	N
Las vacunas de MMR & TD	S	N	Prolapso de la válvula Mitral	S	N	Problemas de sangrado	S	N
Una prueba en la piel para TB (Tuberculosis)	S	N	¿Ha sido expuesto a una enfermedad o contaminación en el aire?	S	N	VIH o SIDA	S	N
Resultados de la prueba de TB	S	N	La epilepsia o ataques	S	N	Hepatitis	S	N
Toma vitaminas de flúor	**S**	**N**	La ansiedad o algún problema mental	S	N	Anemia	S	N

El Dorado Smiles Dental Van

El Dorado Community Health Centers
Placerville • Diamond Springs • Cameron Park
Dental: (530) 497-5016 Fax: (530) 622-8908 www.edchc.org

¿Si su hijo/a tuvo una prueba positiva de tuberculosis, recibió una radiografía? Si No Explique: _____

¿Toma medicamentos su niño(a)? Si No En caso afirmativo ¿Cuáles son?: _____

¿Su hijo/a ha sido hospitalizado en el último año? Si No En caso afirmativo, ¿para qué? :_____

¿Su hijo/a experimento cualquier complicación mientras en el hospital? Si No En caso afirmativo Explique: _____

¿Su hijo/a tiene alguna alergia (incluyendo alergias a medicamentos como penicilina)? ¿Si No

¿Cuales alergias?:_____

¿Su hijo/a está experimentando algún problema dental? Si No Explique: _____

¿Hay algo más que deberíamos saber sobre la salud de su hijo/a?:_____

_____

La información que he enviado en este formulario es verdadera a mi leal saber y entender.

Doy el consentimiento para que mi hijo/a sea sacado de la clase por el personal de la camioneta dental para ser visto en la Furgoneta Dental de Niños para un examen dental que puede incluir lo siguiente: radiografías dentales, examen dental, tratamientos con flúor, limpieza dental, selladores, cubriendo los dientes, o restauraciones terapéuticas temporales.

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

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

Doy mi consentimiento para que el personal de Van Dental le comunique la información de mi hijo/a a cualquiera de los socios involucrados con la camioneta dental. Esto incluye, pero no se limita a El Dorado County Community Health Centers, EDCOE, Head Start, División de Salud Pública de EDC.

Prometo notificar a la clínica 24 horas antes para cancelar o cambiar una cita. Si a la clínica se le da menos aviso para reprogramar a otro paciente en mi lugar, mi cita será considerada una cita perdida. Entiendo que una cita perdida se toma muy en serio. Si faltan 2 citas sin la debida notificación dentro del mismo año calendario, se requerirá una carta escrita al director dental para programar citas futuras.

Nombre de padre o Guardián legal_____ Relación al paciente: _____

☆ Firma: _____ Fecha: _____

Por el presente dejo constancia que he recibido el Aviso de Practicas de Privacidad del El Dorado Community Health Centers.

☆ Firma: _____ Fecha: _____