

Aplicación del Centro Dental de Columbia

Favor de escribir claramente y usar una pluma para completar esta aplicación.

Información del niño(a)

Nombre del niño(a) Apellido	Nombre	Inicial	Nombre que prefiere/Apodo
A quien le debemos las gracias por el referido?			Fecha De Nacimiento (MM/DD/YYYY)
			Edad
Social Security Number			
Raza del niño(a) <input type="checkbox"/> Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro, incl. Afro-Americano	<input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Más de uno <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra _____	Etnicidad del niño <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	
Escuela del niño(a)			Sexo Legal del niño(a) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

Información de Contacto de los Padres

Tel. de la casa <input type="checkbox"/> deje mensaje	Celular <input type="checkbox"/> deje mensaje	Tel. de trabajo <input type="checkbox"/> deje mensaje ()	Modo de contacto preferido <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo
Dirección Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
El niño(a) vive con (favor de marcar una)* <input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro (favor de especificar): Abuelos (grandparents)			
Correo electrónico <input type="checkbox"/> Puede contactarme por correo electrónico			Recordatorios por msj. De texto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del Padre o Tutor Legal		Número de Teléfono	Relación con el niño(a)
Nombre del Padre o Tutor Legal		Número de Teléfono	Relación con el niño(a)
Nombre del contacto de emergencia		Numero de Teléfono	Relación con el niño(a)
¿CHI St. Joseph Children's Health puede mandarle correo a su dirección?* <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
*Esta pregunta es en referencia a los correos de cartas, excluyendo las facturas de estado de cuenta por el servicio.			

Información Familiar y de Seguro

Ingreso Familiar Anual <input type="checkbox"/> <\$9,999 <input type="checkbox"/> \$10,000 – \$14,999 <input type="checkbox"/> \$15,000 – \$19,999 <input type="checkbox"/> \$20,000 – \$29,999 <input type="checkbox"/> \$30,000 – \$49,999 <input type="checkbox"/> \$50,000 – \$79,999 <input type="checkbox"/> Más de \$80,000	Número de individuos en el hogar <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> Otro _____	Lenguaje que usa el niño(a) <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Leguaje de señas Americano <input type="checkbox"/> Otra _____	Estatus familiar veterano <input type="checkbox"/> Veterano (Relación: _____) <input type="checkbox"/> No Veterano
Estatus del Seguro <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> No cobertura dental * *Por favor completa el plan de Acceso de St. Joseph	Si está inscrito en Medicaid: Medicaid ID# _____ <input type="checkbox"/> Aetna Better Health <input type="checkbox"/> Amerihealth Caritas <input type="checkbox"/> Gateway <input type="checkbox"/> United Healthcare - Families <input type="checkbox"/> UPMC for You	Si tiene CHIP: CHIP ID# _____ <input type="checkbox"/> Aetna Better Health Kids <input type="checkbox"/> Capital Blue Cross <input type="checkbox"/> Geisinger Kids <input type="checkbox"/> Highmark Blue Shield <input type="checkbox"/> United Healthcare - Kids <input type="checkbox"/> UPMC for Kids	Si esta inscrito en un cobertura privada: Miembro ID# _____ <input type="checkbox"/> MetLife <input type="checkbox"/> DeltaDental <input type="checkbox"/> Otra _____

Historial Médico del niño(a):

Nombre del Médico/Consultorio: _____ Tel #: _____

Estatura del niño(a): _____ Peso del niño(a): _____ Mi niño(a) ha presentado: (Marca todas que apliquen) Circular la palabra "ninguno" para indicar ninguno

<input type="checkbox"/> Trastorno de sanguíneo	<input type="checkbox"/> ADHD/ Hiperactividad	<input type="checkbox"/> Problemas del hígado	<input type="checkbox"/> Hospitalización reciente / cirugía
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Asma / Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides	<input type="checkbox"/> Preocupaciones de salud mental: especificar
<input type="checkbox"/> Cardiovascular / Enf. del corazón	<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Infecciones de transmisión sexual	_____
<input type="checkbox"/> Hepatitis A, B o C	<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Otro: _____	_____
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Diabetes		
<input type="checkbox"/> Embarazo	<input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones / Ataques		
<input type="checkbox"/> Anemia Falciforme	<input type="checkbox"/> GI / Problemas del estómago		
<input type="checkbox"/> Uso de esteroides (Oral ie. Prednisone)	<input type="checkbox"/> Problemas del riñón		

Medicamentos que toma: Circular la palabra "ninguno" para indicar ninguno

Por favor ponga cualquier medicamentos (incluso ,medicinas sin recetas, vitaminas y suplementos herbarios) que toma.

	Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia de uso
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____

Alergias: Circular la palabra "ninguno" para indicar ninguno

Por favor indique cualquier alergias que tenga; incluyendo medicamentos y comida.

Historial Dental/Oral:

Fecha de la última visita de su niño(a) al dentista: ____/____/____ Razón de la visita: _____

¿Su niño(a) ha sido visto en el Centro Dental de Columbia? Sí No No Sé

Si la respuesta es sí, localización: _____

¿Tiene su niño(a) algún problema con su boca? Sí No No Sé

Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

¿Su niño(a) está tomando suplementos de fluoruro? Sí No No Sé Si la respuesta es sí, dosis: _____

¿Su niño(a) ha tenido problemas con tratamientos dentales anteriores? Sí No No Sé

Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

Aviso de reconocimiento de las Prácticas de privacidad (HIPAA), Consentimiento de Tratamiento(s), Poliza financiera, y Reconocimiento de Cancelación

Estoy de acuerdo que, al mejor de mi conocimiento, toda la información en esta aplicación es exacta y verdad. Reconozco que he recibido el aviso de HIPAA. Certifico que he recibido y he leído el Consentimiento para el Tratamiento Dental y la póliza de cancelación y la póliza Financiera o me lo han explicado.

Soy la madre/padre/tutor del niño mencionado en esta aplicación, y estoy autorizado a sabiendas de consentimiento para el tratamiento en nombre del niño mencionado.

Firma de Madre/Padre/Tutor Legal

Fecha