



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

Distrito de Salud Publica de Champaign-Urbana
Clinica Dental de Niños



Clinicas Ubicadas en:
201 West Kenyon Road
Champaign
&
1002 South Race Street
Urbana

Registro del Paciente Dental

Revised 3.20.2017

Nombre del Niño(a) _____ **Fec. Nac.** ____/____/____ **Mujer** **Hombre**

Raza Asiatico Negro o Africano Americano Hawai o las Islas del Pacifico Blanco Desconocido

Etnicidad Hispano o Latino No-Hispano Prefiero no to contestar Desconocido

Cual es su Idioma principal? _____

Adulto(s) que traeran a la cita a su niño(a):

Nombre: _____ Madre Padre Tutor Legal Otro _____

Nombre: _____ Madre Padre Tutor Legal Otro _____

Direccion _____ **Ciudad** _____ **Cod. Postal** _____

Numero de telefono principal: _____ **Numero de telefono secundario:** _____

Correo Electronico: _____

Nombre de la Escuela: _____ **Grado:** _____

Si usted o la escuela de su niño requiere que le enviemos por fax un formulario de Examen Dental, tenemos su permiso? Si No

Esta su hijo cubierto por alguna otra Aseguranza Dental aparte de la tarjeta Illinois Medicaid? Si No

Nombre de la Aseguranza Dental _____ **Tel.** _____

Por Favor escriba algun otro adulto(s) mayor de 18 años que este autorizado a traer a su hijo(a) a sus citas dentales:

Nombre _____ **Relacion con el Niño(a)** _____

Nombre _____ **Relacion con el Niño(a)** _____

Los adultos deberan mostrar una identificacion con foto en cada visita..

Por Favor no deje ninguna pregunta sin contestar.

Medico(s) del Niño(a) _____ **Fecha de ultima visita** ____/____/____

Esta el niño(a) actualmente bajo cuidado medico? Si, Razon? _____ No

Salud fisica actual del niño(a): Buena Regular Malo

Su hijo a tenido dificultades previas durante su visita al dentista, incluyendo problemas de comportamiento?

Si; favor de explicar _____ No

Cuales son las actividades o intereses de su hijo? _____

Por Favor escriba otros familiares atendidos en nuestra clinica: _____

Nombre del Niño(a) _____ Fec. Nac. ____/____/____

POR FAVOR MARQUE cualquier Condicion Medica que su hijo tenga o a tenido en el pasado:

<input type="checkbox"/> No tiene condiciones medicas conocidas <input type="checkbox"/> ADD, ADHD o relacionado <input type="checkbox"/> SIDA o VIH (Positivo) <input type="checkbox"/> Anemia o Trastornos de Sangre Por favor liste: _____ <input type="checkbox"/> Articulaciones Artificiales <input type="checkbox"/> Asma Si marco, utiliza un nebulizador o inhalador? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No FAVOR DE TRAER INHALADOR A CADA VISITA <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre, fecha: _____ <input type="checkbox"/> Cáncer, el tipo: _____ <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral <input type="checkbox"/> Problemas Estomacales Crónico <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón Congenitos(desde nacimiento) <input type="checkbox"/> Corazón Artificial o Dañado <input type="checkbox"/> Otras enfermedades cardiovasculares o del corazón Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Diabetes, Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Epilepsia o Trastornos Convulsivos <input type="checkbox"/> Eczema <input type="checkbox"/> Problemas de Sangrado Excesivo o trastornos <input type="checkbox"/> Desmayos	<input type="checkbox"/> Urticarias frecuentes o salpullido en la piel <input type="checkbox"/> Deterioro de Oído y/o Deterioro de Visión (circule por favor) <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón Se le exige pre-medicamiento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cirugía del Corazón o planificación de Cirugía del Corazón <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Hepatitis, ictericia, o otra Enfermedad del Hígado <input type="checkbox"/> Alta o Baja Presión sanguínea (circule por favor) <input type="checkbox"/> Historial de Alcohol, Tabaco, o uso de Drogas <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñón <input type="checkbox"/> Problemas de Sangrado Menstrual <input type="checkbox"/> Discapacidad Física Por Favor escriba: _____ <input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> Problemas Psiquiátricos, Discapacidad Mental o Problemas de Conducta Por Favor escriba: _____ <input type="checkbox"/> Alergias Estacionales o Fiebre del Heno <input type="checkbox"/> Anemia de Células Falciformes <input type="checkbox"/> Sinusitis <input type="checkbox"/> Cirugía, Quimioterapia o rayos-X para tratamiento de crecimiento de tumores o tuberculosis <input type="checkbox"/> Tabaco o Uso de drogas: _____ <input type="checkbox"/> Enfermedades Venéreas, Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Otras enfermedades, condiciones, o problemas médicos no mencionados arriba: _____
--	--

Anote todos los medicamentos, anticonceptivos orales, suplementos y multivitaminas que su hijo toma actualmente:

Ninguno _____

Es el niño alérgico a cualquiera de los siguientes?

<input type="checkbox"/> No tiene alergias conocidas <input type="checkbox"/> Clindamicina (Cleocin) <input type="checkbox"/> Eritromicina <input type="checkbox"/> Penicilina / Amoxicilina / Augmentin <input type="checkbox"/> Otros Antibióticos: _____	<input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Codeína <input type="checkbox"/> Ibuprofeno <input type="checkbox"/> Tylenol <input type="checkbox"/> Otros medicamentos para el dolor: _____	<input type="checkbox"/> Yodina <input type="checkbox"/> Latex (Guantes, etc.) <input type="checkbox"/> Sulfamidas o Drogas sulfito <input type="checkbox"/> Cefalexina (Keflex)
--	--	---

“Al mayor de mi conocimiento, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. Es mi responsabilidad informar al proveedor de servicios dentales de cualquier cambio del estado médico de mi hijo.”

Yo autorizo al personal dental del Distrito de Salud Pública de Champaign-Urbana para realizar los servicios dentales que sean necesarios para mi hijo. Servicios que incluyen, pero no se limitan a lo siguiente: radiografías, profilaxis (limpieza), fluoruro, selladores, la escala y plano de la raíz (STM), restauraciones, mantenedores de espacio, pulpotomía, extracciones, tratamiento de endodocia (ECA), y educación dental. Por la presente autorizo la presentación de las reclamaciones dentales a mi compañía(s) y el pago directo de los beneficios dentales al Distrito de Salud Pública de Champaign-Urbana.”

Firma de Padre/Tutor Legal _____ Fecha ____/____/____

Firma de Dentista _____ Fecha ____/____/____



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

Champaign-Urbana Public Health District

Guías de la Clínica Dental

Efectivo Marzo 20.2017

Gracias por elegir a C-UPHD para proporcionar el mejor cuidado dental para su hijo! Su hijo continuará con chequeos dentales de cada 4-6 meses hasta que cumpla 18 años; si su hijo todavía está inscrito en la escuela preparatoria a los 18 años, continuaremos viéndolo durante 6 meses después de su graduación. Tendrá que mostrar su identificación de estudiante en cada visita.

Para la protección de su hijo, esta clínica dental sigue la Guía del Centro para el Control y prevención de Enfermedades y infecciones(CDC) y privacidad de HIPAA.

Con el fin de proporcionar una atención de calidad a todos los niños posibles, le pedimos que siga estas normas:

1) Traiga la tarjeta Medicaid de su hijo(a) a cada cita.

Si usted autorizo a otro(s) adulto(s) a traer a su hijo a sus citas, también deberán proporcionar una identificación con foto en cada cita.

2) Permanecer en el edificio durante la cita. Un padre, tutor legal o adulto autorizado debe acompañar a los niños menores de 18 años a cada cita, y quedarse hasta que la cita finalice.

- *Excepción: En el Centro de Salud de la Escuela Urbana, Los estudiantes de la preparatoria de Urbana no están obligados a que el padre este presente después de su primera cita..*

3) Avise 24 hrs antes si no puede traer a su hijo a la cita: (217) 531-4279

4) Llegue a tiempo. Si llega tarde para la cita de su hijo, se le pedirá que espere o re programe la cita.

5) Si falta a su cita, se le pedirá que espere 2 meses para programar una nueva cita.

- a. Después de 3 citas perdidas, usted deberá asistir a una clase de Orientación Dental antes de programar su cita.
- b. Citas perdidas excesivas resultarán en su despido de la clínica.

6) Solo usted y su hijo que está recibiendo tratamiento están permitidos en el área clínica; si quiere estar con su hijo durante su tratamiento, favor de arreglar con un amigo o familiar el cuidado de otros niños.

- *En el Centro de Salud de Urbana, el espacio es limitado; se le puede pedir que espere en la recepción mientras su hijo está recibiendo tratamiento.*

7) Los teléfonos celulares y alimentos no están permitidos en el área clínica.

“He leído las guías de la Clínica Dental de Salud Pública de Champaign-Urbana, y estoy de acuerdo a seguirlas.”

Nombre de Padre/Tutor Legal

Firma

Fecha