



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

Champaign-Urbana Public Health District
www.c-uphd.org

Distrito de Salud Publica de Champaign-Urbana
Clínica Dental Infantil y Juvenile



Registro del Paciente Dental

Revisado el 15 de abril de 2022

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 Asegurancia Dental aparte de la tarjeta Illinois Medicaid? Si No

Nombre de la Asegurancia 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"/> Transfusion de Sangre, fecha: _____ <input type="checkbox"/> Cancer, el tipo: _____ <input type="checkbox"/> Marcapasos <input type="checkbox"/> Paralisis Cerebral <input type="checkbox"/> Problemas Estomacales Cronico <input type="checkbox"/> Problemas del Corazon Congenitos(desde nacimiento) <input type="checkbox"/> Corazon Artificial o Dañado <input type="checkbox"/> Otras enfermedades cardiovasculares o del corazon 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 Oido y/o Deterioro de Vision (circule por favor) <input type="checkbox"/> Soplo en el corazon Se le exige pre-medicamiento? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cirugia del Corazon o planificacion de Cirugia del Corazon <input type="checkbox"/> Hemofilia <input type="checkbox"/> Hepatitis, ictericia, o otra Enfermedad del Hgado <input type="checkbox"/> Alta o Baja Presion sanguinea (circule por favor) <input type="checkbox"/> Historial de Alcohol, Tabaco, o uso de Drogas <input type="checkbox"/> Enfermedad del Riñon <input type="checkbox"/> Problemas de Sangrado Menstrual <input type="checkbox"/> Descapacidad Fisica Por Favor escriba: _____ <input type="checkbox"/> Embarazada <input type="checkbox"/> Problemas Psiquiatricos, Descapacidad Mental o Problemas de Conducta Por Favor escriba: _____ <input type="checkbox"/> Alergias Estacionales o Fiebre del Heno <input type="checkbox"/> Anemia de Celulas Falciformes <input type="checkbox"/> Sinusitis <input type="checkbox"/> Cirugia, Quimoterapia o rayos-X para tratamiento de crecimiento de tumores o tuberculosis <input type="checkbox"/> Tabaco o Uso de drogas: _____ <input type="checkbox"/> Enfermedades Venereas, Tipo: _____ <input type="checkbox"/> Otras enfermedades, condiciones, o problemas medicos no mencionados arriba: _____
--	--

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

Es el niño alergico a cualquiera de los siguientes?

<input type="checkbox"/> No tiene alergias conocidas <input type="checkbox"/> Clindamicina (Cleocin) <input type="checkbox"/> Erithromicina <input type="checkbox"/> Penicilina / Amoxicilina / Augmentin <input type="checkbox"/> Otros Antibioticos: _____	<input type="checkbox"/> Aspirina <input type="checkbox"/> Codeina <input type="checkbox"/> Ibuprofeno <input type="checkbox"/> Tylenol <input type="checkbox"/> Otros medicamentos para el dolor: _____	<input type="checkbox"/> Iodina <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 precision. Entiendo que proporcionar informacion incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo. Es mi responsabilidad informar al proveedor de servicios dentales de cualquier cambio del estado medico de mi hijo."
Yo autorizo al personal dental del Distritode Salud Publica de Champaign-Urbana para realizar los servicios dentales que sean necesarios para mi hijo. Servicios que incluyen, pero no se limitan a lo siguiente: radiografias, profilaxis (limpieza), fluouro, selladores, la escala y plano de la raiz (STM), restauraciones, mantenedores de espacio, pulpotomia, extracciones, tratamiento de endodocia (ECA), y educacion dental.
Por la presente autorizo la presentacion de las reclamaciones dentales a mi compania(s) y el pago directo de los beneficios dentales al Distrito de Salud Publica de Champaign-Urbana."

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

Firma de Dentista _____ Fecha ____ / ____ / ____



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

Champaign-Urbana Public Health District
www.c-uphd.org

Guías de la Clínica Dental

Efectivo Diciembre 11, 2019

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, tambien deberan 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 quedarce hasta que la cita finalice.
- 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 pedira que espere o re programe la cita.
- 5) **Las citas son limitadas. A partir del 1 de enero de 2020, si se pierden 2 citas, su familia será despedida de la clínica dental por un período de 1 año, y referida a su seguro para localizar un nuevo proveedor dental.**
- 6) **Solo usted y su hijo que esta recibiendo tratamiento estan permitidos en el area clinica;** si quiere estar con su hijo durante su tratamiento, favor de arreglar con un amigo o familiar el cuidado de otros niños.
- 7) **Los telefonos celulares y alimentos no estan permitidos en el area clinica.**

“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