



Chart Number \_\_\_\_\_  
(for internal use only)

# Lindquist Dental Clinic for Children

Parkland \* South Tacoma \* Gig Harbor \* Bremerton

## Historial de Salud

Paciente

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Nombre del Medico \_\_\_\_\_ Fecha de la Ultima Visita \_\_\_\_\_

Ha tomado medicamentos que contengan "fen-phen". Estos incluyen lomin, Adipex, Fastin (phetermine) o Pantimin (fenfluramine)

Marque "si o no" indicando las condiciones que ha tenido o tiene:

SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Adiccion a Drogas/ Alcohol	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Prolapse de Valvula Mitral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Alergias	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas Emocionales/Depresion	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Paperas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ataques de Epilepsia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tratamiento de Radiacion	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Artritis, Reumatismo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Desmayos o Mareos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas Respiratorios	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Valvula de Corazon Artificial	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Glaucoma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fiebre Reumatica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Articulaciones Artificiales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fiebre de Heno	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Fiebre Escarlantina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolores de cabeza	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas para Respirar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Autismo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sordo/Mudo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Anemia de Celulas Falcinomes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas de Espalda	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Soplo del Corazon	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de Sinucitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sangrado abdominal/ Cirugias abdominales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Marcapasos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ronchas/Recequedad en la Piel	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad de la Sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas del Corazon	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dieta Especial	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Transfucion de Sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cirugias del Corazon	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas del Habla	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cancer	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hemofelia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Paro Cardiaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Paralisis Cerebral	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hepatitis Tipo ____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Glandulas del Cuello Inflamadas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dependencia Quimica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Alta Presion	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de la Tiroide	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Superactivo (ADHD)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de las Anginas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas de la Circulacion	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Jaundace del Hgado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Herpes labial	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor de Quijada	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tumor/Quistes en la Cabeza o Cuello	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas Congenitales del Corazon	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas Ranales (Rinon)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ulcera	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tratamiento de Cortisone	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Leucemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad Veneria	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Catarro/Tos con Sangrado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de Hgado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ictericia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas para Aprender	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Baja Presion	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Perdida de Peso sin Motivo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Saranpion	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Sindrome de Down	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Mentalmente Desafiado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Usa Pupilentes?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Mujeres:

Esta la paciente embarazada?  Si  No Fecha probable del parto? \_\_\_\_\_ Esta amamantado al bebe?  Si  No

Esta tomando pastillas anticonceptivas  Si  No

### Medicamentos

Liste todo medicamento que este tomando y para que es?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre de la Farmacia: \_\_\_\_\_

Telefono # \_\_\_\_\_

Firma del Padre/tutor legal \_\_\_\_\_

Signature Doctor \_\_\_\_\_

### Alergias

- Acrilicos  Anestesia Loca  
 Aspirina  Metales  
 Pastillas de Dormir Barbituricos  Penicilina  
 Codeina  Sulfa  
 Yodo  Otros \_\_\_\_\_  
 Latex \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_





2017

Chart Number \_\_\_\_\_  
(for internal use only)

# Lindquist Dental Clinic for Children

Parkland \* South Tacoma \* Gig Harbor \* Bremerton

Nos complace dar la bienvenida a usted y su hijo a nuestra práctica. Por favor tome unos minutos para llenar este formulario anual de información para el paciente tan completamente como sea posible. Si usted tiene alguna pregunta estaremos encantados de ayudarle. Esperamos trabajar con usted en el mantenimiento de la salud dental de su hijo.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del niño/paciente \_\_\_\_\_

Sobrenombre \_\_\_\_\_

Sexo  M  F

Edad \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

Número de teléfono ( ) — ( ) — ( ) —  
Celular Casa Trabajo

Domicilio \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código postal

Domicilio Postal \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código postal

Nombre del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Contacto en caso de Emergencia \_\_\_\_\_  
Nombre Teléfono Relación

Correo electrónico : \_\_\_\_\_

Al proporcionar su correo electrónico, le está dando permiso a LDCC para contactarle vía correo electrónico. Contacto incluirá, pero no limitado a, confirmaciones y recordatorios de citas, comunicaciones relacionadas con información sobre el tratamiento, información sobre las clínicas, boletines informativos de LDCC, eventos especiales y otros. LDCC no compartirá su información.

¿Cómo enteraste de LDCC?: \_\_\_\_\_

En mi ausencia, doy permiso para que los siguientes adultos lleven a mi hijo a LDCC, tomen decisiones del cuidado de su salud y presten consentimiento para el tratamiento. Esta autorización es buena para este año.

Nombre Relación Teléfono ( ) —

Nombre Relación Teléfono ( ) —

Nombre Relación Teléfono ( ) —

Fecha de última visita al dentista \_\_\_\_\_ Para que servicios? \_\_\_\_\_

**IMPORTANTE—FAVOR DE COMPLETAR LA PARTE DE ATRAS**

## Información Sobre el Seguro Dental

LDCC acepta WA Apple Health (Medicaid/Provider One), casi todo tipo de seguro privado y ofrece una escala de tarifa. Por favor, háganos saber que opciones se aplican a su hijo.

Por favor revise y proporcionar información para todas las que apliquen

PRIMARIA

SECUNDARIA

**WA Apple Health (Provider One):** \_\_\_\_\_ WA

Por favor proporcione los 9 dígitos de la tarjeta de Provider One/Seguranza del estado de WA

### Seguranza Privada Primaria:

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del Suscriptor: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# de ID del Suscriptor/ o # de DOD: \_\_\_\_\_ # de Grupo o Póliza: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Dirección de la Compañía seguros: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ # de teléfono de la seguranza: \_\_\_\_\_

Domicilio del suscriptor: \_\_\_\_\_

### Seguranza Privada Secundaria:

Nombre del Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del Suscriptor: : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

# de ID del Suscriptor/ o # de DOD: \_\_\_\_\_ # de Grupo o Póliza: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Dirección de la Compañía seguros: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_ # de teléfono de la seguranza: \_\_\_\_\_

Domicilio del suscriptor: \_\_\_\_\_

**Escala de tarifa:** Estoy interesado en aplicar para asistencia financiera por los servicios prestados por LDCC. Para recibir ayuda financiera, debe completarse una solicitud de atención de caridad independiente junto con proporcionar comprobante de ingresos sobre una base anual.

Nos complace que muchos de ustedes tengan beneficios dentales y nuestra oficina le ayudará a obtener los beneficios máximos especificados en su contrato. Sus beneficios son un contrato entre usted, su empleador y un portador. Le ayudaremos a determinar sus beneficios lo mejor que podamos. Porque unos planes diferencian de portador a nuestra oficina y póliza a la póliza, muchos refieren a su operador o Coordinador de beneficios de su empleador para obtener ayuda en la comprensión de su plan. Como una cortesía a usted, su reclamo de beneficios y nos acepte asignación de beneficios. No todos los servicios son beneficios cubiertos en todos los contratos. Algunos portadores y los empleadores seleccionan sólo algunos servicios que se cubrirán. Usted es responsable del pago de todos los servicios sin tener en cuenta el beneficio a pagar.

### POLÍZA FINANCIERA Y SEGURO

Autorizo a Lindquist Dental Clinic for Children o a mi compañía de seguros, para divulgar cualquier información necesaria para el pago o la revisión de las reclamaciones dentales. Soy financieramente responsable a Lindquist Dental Clinic for Children para saldos debidos y asigno mis beneficios a Lindquist Dental Clinic for Children. Su parte del pago y el pago conjunto (la cantidad que su seguro no cubre) o si usted no tiene seguro, el saldo es debido al tiempo de servicio a menos que se adopten otras disposiciones. He leído y entiendo esto.

### CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO

Doy mi consentimiento para los procedimientos de diagnóstico y tratamiento considerados necesarios para diagnosticar completamente las necesidades dentales del paciente. Si el paciente es un menor de edad y/o bajo cuidado de custodia, la siguiente parte responsable representa que están legalmente autorizadas a obtener servicios médicos para el paciente.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Chart Number \_\_\_\_\_  
(for internal use only)

# Lindquist Dental Clinic for Children

Parkland \* South Tacoma \* Gig Harbor \* Bremerton

## Reconocimiento de Aviso del Paciente

Información del Paciente

Nombre del Niño:

Apellido \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Es el objetivo de la Clínica Lindquist Dental Clinic for children proporcionarle una experiencia dental positiva para el paciente y su familia.**

**LE PEDIMOS A LOS PADRES/TUTORES Y HERMANOS CON CITAS PROGRAMADAS QUE PERMANECEN EN LA SALA DE ESPERA.**

### **Póliza de cancelación o si no se presenta a su cita.**

Si usted necesita cancelar o reprogramar su cita, **le pedimos que llame a nuestra oficina al mediodía del día antes de su cita.** Si la clínica no está abierta el día antes de su cita, por favor llame y deje un mensaje de correo de voz. Si no se nos notifica al mediodía el día antes de la cita, o si no se presenta a la cita de su hijo la cita será considerada una cita "fallada". Pacientes con múltiples citas fallidas pueden perder la capacidad de programar otras citas en tiempo de mayor audiencia.

### **Llegada Tardía**

Una llegada tardía es llegar en cualquier momento después de su cita programada. Si usted llega tarde a su cita, puede que se halla remplazado con otro paciente. Se le ofrecerá que esperare sobre una base de espera para ver si hay una apertura el mismo día o reprogramar su cita.

### **Citas para Múltiples Niños (pacientes)**

LDCC programará a hasta 3 niños (pacientes) en el mismo día, con no más de 2 durante el mismo tiempo. Niños adicionales pueden consultarse en cita de espera si el horario lo permite o se programará para otro día.

### **Póliza de Pago & Cargo por Pago Tardío**

Si califica para la escala de pago, un pago mínimo de \$20.00 dólares o el saldo total será recolectado al momento del servicio.

Pacientes con DSHS (seguranza del estado) deben de traer su tarjeta de proveedor para asegurar la elegibilidad mensual.

Pacientes con seguro dental privado deben de traer prueba del seguro dental y pagar su parte que le corresponde en cada cita.

Su familia puede calificar para asistencia financiera para su parte que le pertenece. Para solicitar asistencia financiera debe completar el formulario de ayuda financiera y proporcionar comprobantes de ingresos. La cantidad de asistencia se basa en el tamaño de la familia y el ingreso bruto anual. Asistencia financiera debe renovarse anualmente.

Padre/Tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_





Chart Number \_\_\_\_\_  
(for internal use only)

# Lindquist Dental Clinic for Children

Parkland \* South Tacoma \* Gig Harbor \* Bremerton

## FORMULARIO DE FOTOGRAFIA

### Informacion del Paciente

Nombre del Nino:

--	--	--

Apellido

Nombre

Fecha de Nacimiento

Yo como Padre/Tutor Legal de la persona nombrada arriba, autorizo a **Lindquist Dental Clinic for Children (LDCC)** para fotografiar, televisar, o ilustrar como juzgado aconsejable para diagnostico educativo, recaudacion de fondos y para mejorar el historial medico. Ademas autorizo el uso de dicho material audio visual (cinta de audio, fotografias, peliculas y otros registros) resusltantes para fines de ensenanza, para ilustrar articulos cientificos o charlas, recaudacion de fondos en cualquier momento se aplica mas alla sin inspeccion o aprobacion, por mi parte, del producto final o el uso especifico a que este material puede ser. Doy mi consentimiento a cualquiera o ah todos los procedimientos anteriores y entiendo que los medios de comunicacion pueden utilizarlos en la television en forma de impresa y por internet. LDCC sera el propietario de todos los derechos, titulos e intereses, incluyendo los derechos de autor y a los medios de comunicacion incluyendo los medios de comunicacion y materiales para usar y disponer, sin limitaciones segun a discrecion y determinacion de LDCC.

Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_







Chart Number \_\_\_\_\_  
(for internal use only)

# Lindquist Dental Clinic for Children

Parkland \* South Tacoma \* Gig Harbor \* Bremerton

---

## Reconocimiento de Aviso del Paciente

### Información del Paciente

Nombre del Niño:

\_\_\_\_\_

Apellido

\_\_\_\_\_

Nombre

\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento

Doy consentimiento a la clínica para usar o revelar la información protegida de mi hijo(a) para realizar su tratamiento, obtener el pago de compañías de seguro dental, y para operaciones de asistencia médica como revisiones de calidad.

He revisado el "Reconocimiento de Aviso de Recibo" de Lindquist Dental Clínica for Children antes de haberlo firmado.

Entiendo que Lindquist Dental Clinic for Children tiene el derecho de cambiar su privacidad y me podrá obtener con cualquier aviso que tenga Lindquist Dental Clinic for Children.

Entiendo que tengo el derecho de solicitar una restricción de como la información de salud de mi hijo(a) sea utilizada. Sin embargo, también entiendo que no se requiere que Lindquist Dental Clinic for Children este de acuerdo con la solicitud. Si Lindquist Dental Clinic for Children esta de acuerdo con la solicitud, deben de seguir las restricciones que he presentado por escrito.

También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, haciendo una solicitud por escrito excepto la información ya usada o revelada.

Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

---