



Lindquist Dental Clinic for Children

2020 Datos Adicionales del Paciente

Nombre del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

NIÑO O NIÑOS QUE SON ATENDIDOS EN LINDQUIST (Por favor déjenos saber si necesita más espacio):

APELLIDO	NOMBRE	INICIAL	Fecha de Nacimiento	Hijo de Crianza? S/N
_____	_____	_____	_____	S/N
_____	_____	_____	_____	S/N
_____	_____	_____	_____	S/N
_____	_____	_____	_____	S/N
_____	_____	_____	_____	S/N

Estado Civil del Jefe del Hogar: Soltero Casado Viudo Divorciado Separado

INFORMACIÓN FAMILIAR:

Jefe de Hogar: Masculino Femenino # de Personas de Familia _____

Ingreso Anual: (Marque la cantidad más cercana a su ingreso anual)

Marque Hijo de Crianza

- | | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> \$13,900 | <input type="checkbox"/> \$23,050 | <input type="checkbox"/> \$29,800 | <input type="checkbox"/> \$41,050 | <input type="checkbox"/> \$57,200 |
| <input type="checkbox"/> \$15,900 | <input type="checkbox"/> \$23,150 | <input type="checkbox"/> \$33,100 | <input type="checkbox"/> \$42,350 | <input type="checkbox"/> \$61,400 |
| <input type="checkbox"/> \$17,850 | <input type="checkbox"/> \$24,600 | <input type="checkbox"/> \$35,750 | <input type="checkbox"/> \$43,700 | <input type="checkbox"/> \$65,650 |
| <input type="checkbox"/> \$19,850 | <input type="checkbox"/> \$26,200 | <input type="checkbox"/> \$37,050 | <input type="checkbox"/> \$47,650 | <input type="checkbox"/> \$69,900 |
| <input type="checkbox"/> \$21,450 | <input type="checkbox"/> \$26,500 | <input type="checkbox"/> \$38,400 | <input type="checkbox"/> \$52,950 | <input type="checkbox"/> \$75,000 |

INFORMACIÓN DEL NIÑO/NIÑOS:

Tiene su hijo una discapacidad: Si No (Si, mencione cual) _____

Origen Étnico Racial (marque TODOS los que le pertenezcan):

Si más de un niño es de diferente Origen/ Raza, favor te anote el nombre del niño(s) a un lado del Origen/Raza.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco (01) | <input type="checkbox"/> Afroamericano (02) |
| <input type="checkbox"/> Asiático(03) | <input type="checkbox"/> Hispano o Latino (04) |
| <input type="checkbox"/> Hawaiano/Pacífico (05) | <input type="checkbox"/> Europeo Oriental (06) |
| <input type="checkbox"/> Medio Oriente (07) | <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska (08) |
| <input type="checkbox"/> Blanco/ Afroamericano (09) | <input type="checkbox"/> Blanco & Asiático (10) |
| <input type="checkbox"/> Blanco +Nativo Americano/ Alaska (11) | <input type="checkbox"/> Afroamericano & Asiático (12) |
| <input type="checkbox"/> Afroamericano & Nativo AM/AK (13) | <input type="checkbox"/> Afroamericano & Asiático (14) |
| <input type="checkbox"/> Blanco & Hispano/Latino (15) | <input type="checkbox"/> Multirracial (16) |
| <input type="checkbox"/> Otro (17): _____ | |

IMPORTANTE – POR FAVOR, COMPLETE EL OTRO LADO DE ESTA FORMA

ESTADO MILITAR (Por favor proporcione información sobre los dos padres/tutores si aplica)

Padre/Tutor #1: Activo (1) Reserva (2) Veterano (3) Clasificación: _____

Tipo: Ejercito(1) Fuerzas Aéreas (2) Marino (3) Marina (4) Guarda Costas (5)

Padre/Tutor #2: Activo (1) Reserva (2) veterano (3) Clasificación: _____

Tipo: Ejercito(1) Fuerzas Aéreas (2) Marino (3) Marina (4) Guardo Costas (5)

de niños de dependiente Militar (si ninguno, marque (0) _____

Tiene usted TriCARE Dental? Si/No

INFORMACIÓN GENERAL:

Usted usa o va a usar transportación pública para traer a su niño a sus citas de Dentista?

Sí No

Comentarios:

Antes de venir a Lindquist usted tuvo problemas encontrando un dentista que acepte Medicaid Si No
o que tengan escala de tarifa? Sí No

Comentarios:

Lindquist tiene citas de lunes a viernes de 8am – 5pm. Con horario extendido y días disponibles en selectas clínicas.

De escala del 1 – 5 (1 siendo no de buena ayuda y 5 siendo de muy buena ayuda, cual describe mejor nuestras horas de operación. (Circule el numero:)

No tan bien

Muy bien

1

2

3

4

5

Comentarios:

Firma: _____ Fecha: _____