

Washtenaw Children's Dental Clinic, Inc.  
920 Miller Avenue (Ann Arbor Open School)  
Ann Arbor, MI 48103 Phone: 734-663-7073

Estimados padres,

El Washtenaw Children's Dental Clinic, Inc. está empleado por dentistas, higienistas, y asistentes voluntarios. La clínica provee servicios para niños provenientes de familias que, en este momento, no tienen los recursos para pagar un plan dental privado. En esta clínica, un pequeño deducible es cobrado por cada servicio. Si están interesados en obtener servicios para su(s) niño(s)/a(s), por favor llene la siguiente forma y devuélvala a la dirección que aparece arriba. Usted será contactado(a) para coordinar una cita.

**INFORMACION DE LA FAMILIA:**

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_  
Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Ingreso mensual: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Número de años empleado: \_\_\_\_\_  
¿Tiene? Blue Cross/Cruz Azul \_\_\_\_\_ Medicaid \_\_\_\_\_ Otro seguro \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_  
Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Ingreso mensual: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Número de años empleada: \_\_\_\_\_  
¿Tiene? Blue Cross/Cruz Azul \_\_\_\_\_ Medicaid \_\_\_\_\_ Otro seguro \_\_\_\_\_

Nombre del Tutor o Guardián Legal: \_\_\_\_\_  
Lugar de Trabajo: \_\_\_\_\_ Ingreso mensual: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_ Número de años empleado/a: \_\_\_\_\_  
¿Tiene? Blue Cross/Cruz Azul \_\_\_\_\_ Medicaid \_\_\_\_\_ Otro seguro \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACION PARA CADA NIÑO/A VIVIENDO EN SU HOGAR:**

<u>Nombre</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Escuela</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma del Padre/Madre o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

WASHTENAW CHILDREN'S DENTAL CLINIC  
Historial Médico

Nombre: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Nombre del Médico de Familia: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Fecha del último exam médico: \_\_\_\_\_

Circule una contestació

¿Está siendo el niño tratado por un médico en este momento?      Sí      No  
    ¿Para qué está en este tratamiento? \_\_\_\_\_

¿Está tomando el niño/a alguna droga, medicamento o pastilla?      Sí      No  
    Nombre del/de los medicamento(s)? \_\_\_\_\_

¿Es su hijo/a alérgico/a a algún medicamento?      Sí      No  
    ¿A qué medicamento/droga? \_\_\_\_\_

¿Ha padecido su hijo de alguno de los siguientes?

Fiebre reumática (corazón) o murmulos cardíacos.....	Sí	No
Prolapso de la válvula mitral.....	Sí	No
Problemas de sangrado, transfusiones sanguíneas.....	Sí	No
Asma, Tuberculosis.....	Sí	No
Diabetes.....	Sí	No
Hepatitis (portador de HBV).....	Sí	No

¿Tiene su hijo/a algún problema médico, enfermedad, o condición de la cual nosotros deberíamos saber?      Sí      No

¿Alguna vez se ha desmallado su hijo/a durante un procedimiento médico/dental?      Sí      No

¿Padece su hijo/a de algún problema dental en este momento?      Sí      No

A mi entender, la información provista arriba es correcta. Proveo mi consentimiento al Washtenaw Children's Dental clinic, Inc. para que realice todo cuidado dental/tratamiento que sea entendido como necesario incluyendo el uso de anestésicos, rayos X, y tratamientos de fluoruro.

Firma del Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Revisado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Actualización: \_\_\_\_\_ Actualización: \_\_\_\_\_

Actualización: \_\_\_\_\_ Actualización: \_\_\_\_\_