



¡Gracias por su interés en el programa Tooth Mobile (dentista ambulatorio) por el Centro de Salud de Charles Drew!

¿CÓMO INSCRIBO A MI HIJO/A AL TOOTH MOBILE?

Cada uno de sus niños debe de tener sus materiales de inscripción y el formulario de consentimiento completado por su tutor para ser visto en el Tooth Mobile.

¿QUÉ SERVICIOS SE PROPORCIONAN EN EL TOOTH MOBILE?

En el Tooth Mobile, cada niño recibirá una limpieza dental, un examen dental, radiografías, y barniz de fluoruro. Si es necesario, sellantes dentales se le colocarán en las muelas permanentes y se repararán las caries. Dientes con caries pueden ser reparadas con empaste, una coronilla de plata, o el diente – si es un diente de leche, si la carie está muy grande, o si el diente está infectado – puede ser extirpado. Después de cada visita, su hijo recibirá una tarjeta que se debe llevar a casa que explica los servicios que se brindaron durante la visita y si hay instrucciones de seguimiento que el tutor debe tener en cuenta.

¿SON GRATUITOS LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS EN EL TOOTH MOBILE?

Aunque los servicios no son gratuitos, el Centro de Salud Charles Drew acepta Medicaid y muchos planes de seguro. En el caso de que su hijo no tenga seguro, el Centro de Salud Charles Drew ha establecido un equipo de especialistas certificados para ayudar a inscribir a su hijo con el seguro dental y estaría encantado de explorar esas opciones. Si nuestro equipo de especialistas encuentra que su hijo no es elegible para el seguro dental o no califica para los beneficios de Medicaid, el Centro de Salud Charles Drew ofrece un Programa de Descuento de Tarifas para ayudar con los costos de bolsillo.

¿POR QUÉ DEBO DE DAR MI INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO?

Si un niño tiene cobertura por su seguro médico, el Centro de Salud Charles Drew primero debe solicitar el reembolso de los costos de la compañía de seguros.

¿MI HIJO/A PODRÁ SER VISTO DE AQUÍ EN ADELANTE EN EL TOOTH MOBILE?

El objetivo de Tooth Mobile es llegar a la comunidad como una oportunidad de ayuda y de forma periódica. El Centro de Salud Charles Drew estaría orgulloso de ser el proveedor dental principal de su hijo/a y podrá atenderlos en cualquiera de nuestras ubicaciones dentales. Por favor llamar al 402-453-1433 para programar una cita.

SI MI HIJO/A FUE VISTO EN EL TOOTH MOBILE, ¿POR QUÉ FUE REFERIDO A LA CLÍNICA DENTAL DEL CENTRO DE SALUD CHARLES DREW?

Se hará todo lo posible para completar todos los tratamientos dentales necesarios en el Tooth Mobile. En algunos casos, es posible que el comportamiento del niño no justifique la finalización del tratamiento en el Tooth Mobile, o las necesidades dentales son tan grandes que el niño beneficiará del tratamiento en un entorno dental tradicional.



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL TOOTH MOBILE

El Tooth Mobile (tratamiento dental ambulatorio) es un programa del Centro de Salud Charles Drew, Inc., diseñado para ayudar a los niños a recibir prevención dental y el tratamiento necesario mientras esté en la escuela. Si ustedes ya tienen un odontólogo (dentista), los animamos a que lo visiten regularmente para recibir atención rutinaria.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente/garante: _____ Apellido: _____
Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aa): _____ / _____ / _____
Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Escuela: _____

¿Gustaría que su hijo/a participe en programa?

NO Deje de completar este formulario;
no se necesita más información

SÍ Continúe completando este
formulario y siga las secciones.

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS DENTALES Y EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

Por favor escriba sus iniciales en cada línea:

_____ Yo quiero que mi hijo/a reciba un **EXAMEN DENTAL Y EL TRATAMIENTO DENTAL NECESARIO**. Por la presente autorizo al Centro de Salud de Charles Drew, Inc., a examinar y tratar a mi hijo/a o pupilo/a, a realizar procedimientos que incluyen, entre otros, limpieza, barniz de fluoruro, selladores, radiografías, empastes, coronas de plata, y extracciones (algunos pueden requerir anestesia local), según sea necesario por el odontólogo. Autorizo el pago de los seguros dentales para incluir los beneficios de Medicaid directamente al Centro de Salud de Charles Drew, Inc. Autorizo al Centro de Salud de Charles Drew, Inc. a compartir mi registro dental y a que lo comparta con cualquier proveedor de atención especializada que se pueda necesitar durante el transcurso de mis cuidados.

_____ **AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD** Yo entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad del Centro de Salud de Charles Drew, Inc. está disponible en la escuela de mi hijo/a. He tenido la oportunidad y el tiempo necesario para leer y considerar los contenidos del Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento al dar un aviso escrito y que al suspenderlo puede resultar en la discontinuación del tratamiento otorgado por el Centro de Salud de Charles Drew. Entiendo asimismo que el Centro de Salud de Charles Drew, Inc., reserva el derecho de cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad tal como han sido descritas. Si el Aviso de Prácticas de Privacidad ha sido modificado, el nuevo Aviso de Prácticas de Privacidad se emitirá a la escuela y estará disponible para mí. Esos cambios pueden ser aplicados a cualquier información de salud bajo protección.

_____ **EMERGENCIAS** En el caso que ocurriera una emergencia médica, la unidad móvil puede que llamar a la escuela y al 911, y se puede cobrar honorarios de emergencias al paciente.

_____ **COMUNICADO DE PRENSA** Entiendo que hay una posibilidad de que mi hijo/a sea fotografiado directa o indirectamente mientras participa en este programa. Entiendo que el propósito de dichos medios es para anunciar y promocionar el programa de la clínica dental móvil. Con mis iniciales doy permiso a que estas fotos sean reproducidas e impresas para tal propósito.

_____ **TRATAMIENTO EN EL CENTRO DE SALUD DE CHARLES DREW, INC.** Entiendo si decido traer a mi hijo/a al Centro de Salud de Drew puede que haya un cobro por los servicios prestados. La clínica dental del Centro de Salud de Charles Drew, Inc. acepta Medicaid y muchos otros planes de seguro. En el caso de que mi hijo/a no tenga seguro y no califique para los beneficios de Medicaid, yo entiendo que el Centro de Salud de Charles Drew, Inc. ofrece un programa de pagos de escala variable, basado en el tamaño de la familia y del ingreso familiar.

Los servicios de atención y tratamiento disponibles y apropiados se ofrecen a los pacientes únicamente sobre la base de una afección sin diferenciación ni consideración de raza, edad, sexo, discapacidad, origen de nacionalidad, religión, orientación sexual, identidad de género, estado de inmigración o la habilidad para pagar.

Firma del Padre o Tutor: _____ Fecha: _____ / _____ / _____

Parentesco: _____



FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Toda la información solicitada dentro de este formulario es esencial para garantizar una atención al paciente de calidad o requerida por la ley federal. Se mantendrá en privado y confidencial como parte de la historia clínica del paciente.

SECCIÓN I: INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y DATOS DEMOGRÁFICOS

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Nombre Preferido: _____ Inicial de Segundo Nombre: _____

No. de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa): _____ / _____ / _____

Idioma Principal: _____ ¿Se Necesita Interprete? Sí No

Indique cuál de las siguientes opciones describe mejor su raza. Seleccione solo uno:

Indio Americano o Nativo de Alaska	Indio Asiático	Negra o Afroamericana	Chino
Filipino	Guameño o Chamorro	Japonés	Coreano
Nativo Hawaiano	Samoano	Vietnamito	Otro Asiático
Otra Isleño del Pacífico	Blanco	Más de una raza	Desconocida, no está la opción o prefiere no responder

Por favor, marque el que describe mejor su etnicidad. Seleccione sólo uno:

Chicano/a	Cubano/a	Mexicano/a	Mexicano Americano/a
Puerto Riqueño	No Hispano, Latino/a, No de Origen Hispano	Otro Hispano/a	Sin reportar, Prefiere no responder

Indique cuál de las siguientes opciones describe mejor su cobertura de seguro médico: Seleccione solo uno:

Medicaid	Medicare	Privado o comercial (incluso a través del Mercado)	No tengo seguro médico
----------	----------	---	------------------------

SECCIÓN II: INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR DEL PACIENTE

Por favor indique el tamaño de su familia y la aproximación de ingresos anuales (debe de estar en la misma línea).

Tamaño de familia	Márgenes de Ingresos Anuales					
	\$0-\$15,650	\$15,650.01-\$19,562.49	\$19,562.50-\$23,474.99	\$23,475-\$27,387.49	\$27,387.50-\$31,300	Over \$31,301
1	\$0-\$21,150	\$21,150.01-\$26,437.49	\$26,437.50-\$31,724.99	\$31,725-\$37,012.49	\$37,012.50-\$42,300	Over \$42,301
2	\$0-\$26,650	\$26,650.01-\$33,312.49	\$33,312.50-\$39,974.99	\$39,975-\$46,637.49	\$46,637.50-\$53,300	Over \$53,301
3	\$0-\$32,150	\$32,150.01-\$40,187.49	\$40,187.50-\$48,224.99	\$48,225-\$56,262.49	\$56,262.50-\$64,300	Over \$64,301
4	\$0-\$37,650	\$37,650.01-\$47,062.49	\$47,062.50-\$56,474.99	\$56,475-\$65,887.49	\$65,887.50-\$75,300	Over \$75,301
5	\$0-\$43,150	\$43,150.01-\$53,937.49	\$53,937.50-\$64,724.99	\$64,725-\$75,512.49	\$75,512.50-\$86,300	Over \$86,301
6	\$0-\$48,650	\$48,650.01-\$60,812.49	\$60,812.50-\$72,974.99	\$72,975-\$85,137.49	\$85,137.50-\$97,300	Over \$97,301
7	\$0-\$54,150	\$54,150.01-\$67,687.49	\$67,687.50-\$81,224.99	\$81,225-\$94,762.49	\$94,762.50-\$108,300	Over \$108,301

SECCIÓN III: INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO

Nombre del seguro médico: _____ Número de Póliza/Número: _____

Número de Grupo: _____ Número de Miembro: _____

SECCIÓN IV: INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA

Contacto de emergencia: _____

Relación/parentesco al paciente: _____ No. telefónico: _____

¿Cómo se enteró del Centro de Salud Charles Drew, Inc? _____

SECCIÓN V: INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA PARTE FINANCIERA

Debe coincidir con la tarjeta del seguro, si corresponde. Solo complete esta sección si la parte responsable es diferente del paciente.

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Nombre Preferido: _____ Inicial de Segundo Nombre: _____

No. de Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento (mm/dd/aa): ____ / ____ / ____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Indique todos los medios de contacto. Marque la casilla del contacto preferido.

Teléfono celular: _____ ¿Le podemos dejar un correo de voz? Sí No

Teléfono alterno: _____ ¿Le podemos dejar un correo de voz? Sí No

Correo electrónico: _____

Idioma Principal: _____ ¿Se Necesita Interprete? Sí No

Autorizo la divulgación de información con respecto a la continuación de la atención y/o cualquier pago de servicios. Autorizo que una copia de este documento pueda ser utilizada como documento original. Certifico que toda la información proporcionada es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Firma: _____ Fecha: ____ / ____ / ____



Charles Drew

HEALTH CENTER, INC.

"Growing a Healthy Community"

FORMULARIO DEL HISTORIAL DE SALUD DENTAL

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente/garante: _____ Apellido: _____

Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aa): ____ / ____ / ____

Favor de contestar cada pregunta **del paciente** y proporcionar información adicional cuando sea necesario:

¿Está bien de salud?	Sí	No	SOLO PARA PACIENTES FEMENINOS:	
¿Habido algún cambio reciente en su salud?	Sí	No	¿Está embarazada o hay alguna posibilidad de emba-razo?	Sí No
Fecha de su último examen físico: ____ / ____ / ____			¿Está amamantando?	Sí No
¿Está bajo el cuidado de un médico por algún problema?	Sí	No	¿Está tomando anticonceptivos orales?	Sí No
¿Ha tenido alguna enfermedad seria, cirugías, o hospitalizaciones?	Sí	No		

¿Está el paciente tomando alguno de los siguientes?:

¿Antibióticos?	Sí	No	¿Insulina o drogas para las diabetes?	Sí	No
¿Anticoagulantes?	Sí	No	¿Fosamax o bifosfonato?	Sí	No
¿Antidepresivos?	Sí	No	¿Está tomando alguna otra droga o medicamentos?	Sí	No
¿Cortisona? (Esteroides)	Sí	No	Sí es que si ¿cuál droga/medicamento y cuánto toma?		
¿Medicamentos para la hipertensión?	Sí	No			
¿Aspirina?	Sí	No			

¿Es el/la paciente alérgico/a o ha tenido una reacción adversa a los siguientes?:

¿Plástico Látex?	Sí	No	¿Metales?	Sí	No
¿Anestésico Local?	Sí	No	¿Medicamentos para el dolor?	Sí	No
¿Penicilina?	Sí	No	Otras:		

Por favor indicar si tiene lo siguiente su historial:

¿Cirugía del corazón o una válvula artificial del corazón?	Sí	No	¿Tratamiento con radiación en la cabeza o en la región del cuello?	Sí	No
¿Defectos del corazón congénitos?	Sí	No	¿Condiciones o trastornos de sangre?	Sí	No
¿Trastorno de déficit de atención/Trastorno de déficit de atención con hiperactividad?	Sí	No	¿Desmayos o convulsiones?	Sí	No
¿Ataque al corazón?	Sí	No	¿Osteoporosis?	Sí	No
¿Derrame cerebral?	Sí	No	¿Hepatitis o ictericia?	Sí	No
¿Presión sanguínea alta/baja?	Sí	No	¿Problemas del riñón?	Sí	No
¿Asma?	Sí	No	¿Artritis?	Sí	No
¿Tos persistente o con sangre?	Sí	No	¿Problemas de salud mental?	Sí	No
¿Uso de Tabaco?	Sí	No	¿Tiene alguna condición?	Sí	No
¿Cancer?	Sí	No	Sí es que si, por favor explicarlo:		
¿Articulaciones artificiales (cadera, rodillas) implantes, prótesis?	Sí	No			

Entiendo la importancia de un historial de salud veraz y completo para ayudar a mi dentista a brindar la mejor atención posible. Si hay algún cambio en mi salud o medicamentos, le informaré a mi dentista en mi próxima cita.

Firma del paciente/garante: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Firma del intérprete: _____ Fecha: ____ / ____ / ____



SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

Nombre del paciente/garante: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento (mm/dd/aa): ____ / ____ / ____

Charles Drew Health Center, Inc. define el tamaño de la familia como el número total de miembros en el hogar del paciente o del garante. Los miembros del hogar pueden incluirse a sí mismo, al cónyuge, a los dependientes o a cualquier persona dentro de la residencia para la cual el jefe de familia proporciona apoyo monetario.

Charles Drew Health Center, Inc. define los ingresos como las ganancias durante un período de tiempo, por lo general anualmente, utilizado para mantener al paciente o al hogar. Ejemplos de fuentes de prueba de ingresos incluyen: las declaraciones de impuestos más recientes, el (los) talón(es) de cheque(s) de pago más reciente(s), o la declaración de determinación de ingresos para el gobierno federal, estatal o local.

**Nota: La siguiente tabla no determina la elegibilidad, pero permite a CDHC evaluar su calificación para otras ayudas financieras.*

Tabla de ingresos del hogar

Miembros de la familia (Nombres)	Edad	Parentesco al aplicante	Ingresos y periodo		Office Use Only: Annualized
		Yo	\$	Semanal Quincenal Mensual Anualmente Otro	
			\$	Semanal Quincenal Mensual Anualmente Otro	
			\$		
			\$		
			\$		
Tamaño total de la familia:			Ingresos totales anuales del hogar:		

Certifico que la información dada en este formulario y la documentación de ingresos proporcionada es completa, verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Si no califico para la asistencia financiera, estoy de acuerdo en pagar el saldo pendiente en su totalidad. Estoy de acuerdo y entiendo que la asistencia financiera puede no aplicarse a todos los servicios proporcionados en Charles Drew Health Center, Inc. Si los saldos de la cuenta no se pagan, estoy de acuerdo en pagar los cargos de cobro resultantes, los honorarios legales, y entiendo que el acceso a los servicios de CDHC puede ser terminado. Entiendo que tendré que volver a presentar una nueva solicitud de asistencia financiera si mis ingresos cambian antes de la fecha de vencimiento o si mis ingresos cambian.

Firma del paciente/garante: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Elijo no revelar los ingresos ni optar por la exclusión y, por lo tanto, elijo no participar en el Programa de Descuento de Tarifas. Entiendo que se me cobrará la tarifa completa por todos los servicios y que no tendré derecho a ningún descuento.

Firma del paciente/garante: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Office Use Only: Patient MR#: _____
 Proof of Income Received: Yes No Effective Date: ____ / ____ / ____ Expiration Date: ____ / ____ / ____
 Patient qualifies for following discount: L0 L1 L2 L3 L4 L5

Eligibility Specialist/Front Desk Signature: _____ Date: ____ / ____ / ____



Charles Drew

HEALTH CENTER, INC.

"Growing a Healthy Community"

FORMULARIO DE AUTODECLARACIÓN

Información del paciente

Nombre del paciente/garante: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

El Centro de Salud Charles Drew, Inc. requiere que los pacientes o garantes proporcionen documentación de ingresos para ser elegibles para participar en el Programa de Descuento de Tarifas. Charles Drew Health Center, Inc. define los ingresos como las ganancias durante un período de tiempo, por lo general anualmente, utilizado para mantener el paciente o el hogar.

Por favor, responda a las siguientes preguntas y proporcione información adicional cuando sea necesario:

¿Recibe usted ingresos?

No

Si la respuesta es negativa, declare que tiene 0 ingresos. Firme a continuación.

Sí

\$ _____
Semanal Quincenal
Mensual Anualmente
Otro

**Office Use Only:
Annualized**

¿Puede aportar documentación sobre sus ingresos? (Por ejemplo, recibo de sueldo, declaración de impuestos, libro de contabilidad de los trabajadores autónomos, etc.)

No

En caso negativo, ¿cuál es su fuente de ingresos?

Sí

En caso afirmativo, proporcionar la documentación en un plazo **de 30 días**.

Certifico que la información proporcionada en este formulario es completa, verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Si se comprueba que no es veraz, entiendo que el acceso a los servicios de CDHC puede ser cancelado. Entiendo que tendré que volver a presentar una nueva solicitud de asistencia financiera si mis ingresos cambian.

Firma del paciente/garante: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

FOR OFFICE USE ONLY

Patient MR #: _____