COBB & DOUGLAS PUBLIC HEALTH

Cobb & Douglas Centro de Salud Publica - Salud Publica

Child Dental Eligibility Form

Cobb & Douglas Centro de Salud Publica provee tratamiento dental a ninos que no pueden obtenerio. Esta forma nos ayuda a determinar quien es ilegible, por lo tanto debe llenarla.

Nombre del Nino(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____
Apellido **Nombre** **Segundo Nombre**

Direccion: _____ Condado: _____
Calle **Ciudad** **Codige Postal**

Telefono de Casa: _____ Trabajo _____ Escuela _____ Ano Escolar _____

Numero de Seguro Social de su hijo(a): _____

Padre: _____
Nombre de los Padres o Tutores **Edad** **# Seguro Social** **Empleador/Patron**

Madre: _____
Nombre de los Padres o Tutores **Edad** **# Seguro Social** **Empleador/Patron**

Estado civil de los padres..... ☐ Casados ☐ Separados ☐ Divorciados

Numero de personas que viven en la misma casa incluyendo a los padres: _____

Ingreso Total de la Familia. Total de ingresos de todos los miembros de la familia antes de cualquiera deduccion:

Anual $ _____ Mensual $ _____ Semanal $ _____

Ha side tratado este nino(a) en la clinica dental anteriormente?..... ☐ Si ☐ No

Su hijo(a) tiene una tarjeta para Medicaid este mes..... ☐ Si ☐ No Si es afirmativa, Cual es el numero? _____

Su hijo(a) tiene seguro dental..... ☐ Si ☐ No Sexo..... ☐ Masculino ☐ Femenino

Raza..... ☐ Negra ☐ Blanca ☐ Otra Su hijo(a) esta bajo tratamiento medico?..... ☐ Si ☐ No

Su hijo(a) esta tomando alguna medicina?..... ☐ Si ☐ No

Si aplicable, La paciente esta embarazada la paciente?..... ☐ Si ☐ No Cuantos meses tiene de embarazo? _____

Su hijo(a) ha tenido o tiene?

Problemas del Corazon..... ☐ Si ☐ No
Fiebre Reumatica..... ☐ Si ☐ No
Tuberculosis..... ☐ Si ☐ No
Diabetes..... ☐ Si ☐ No
Enfermedad de los Rinones..... ☐ Si ☐ No
Enfermedad del Higado..... ☐ Si ☐ No
Epilepsia..... ☐ Si ☐ No
Enfermedad Mental..... ☐ Si ☐ No
Enfermedad de la Tiroides..... ☐ Si ☐ No
Transmision Enfermedades sexuales..... ☐ Si ☐ No
Hepatitis..... ☐ Si ☐ No

Alergia a la Penicilina..... ☐ Si ☐ No
Hemorragias..... ☐ Si ☐ No
Enfermedad de la Sangre (Anemia)..... ☐ Si ☐ No
Anemia (Falcemia o Portador)..... ☐ Si ☐ No
Sida..... ☐ Si ☐ No
Cancer o tumores..... ☐ Si ☐ No
Alerigias..... ☐ Si ☐ No
Explique _____
Cualquiera enfermedad grave..... ☐ Si ☐ No
Explique _____

Por la presente solicito al Cobb & Douglas Centro de Salud Publica, para que el dentista le proporcione tratamiento dental necesario a mi hijo(a), segun el juico profesional del mismo, incluyendo rayos x. anestesia, extracciones, o cualquier tratamiento especial indicado. Permito que se transporte a mi hijo(a) a la clinica dental. Esta solicitud para tratamiento dental es valida por los anos que mi hijo(a) califique al programa. Este permiso solamenta puede ser cancelado unicamente mediante una notificacion escrita al: Director de servicios dentales del Cobb & Douglas Centro de Salud Publica, 1650 County Services Parkway, Marietta. Georgia 30008-4009.

Firma: _____ Fecha: _____

No se le permite al Dentista empezar con el tratamiento hasta que los padres firmen este consentlmiento.