



**Aurora Public Schools  
Medicaid Services  
15700 East 1<sup>st</sup> Avenue  
Aurora, CO 80011  
Phone: 303-365-7813  
Fax: 303-326-1813**

---

Estimados Padres:

La clínica Healthy Smiles localizada en Fitzsimons y el fondo de las personas no aseguradas de Las Escuelas Publicas de Aurora están trabajando juntos para ayudar a las familias de los estudiantes de Las Escuelas Publicas de Aurora en obtener cuidado dental para sus niños.

Este servicio es para los niños que **no** tienen Medicaid, Child Health Plan Plus, o seguro dental privado. El costo a la familia será \$20.00 por visita mas el 10% del costo dental por cada visita. Los \$20.00 por visita mas el 10% del costo se debe de pagar el mismo dia que la visita. Llegue preparado con \$50.00 para la primera cita. Después, los empleados de la clínica le harán un dental para especificar el costo para todo el cuidado dental que necesitará su niño. Para aplicar para estos servicios, por favor haga lo siguiente:

1. Llene la aplicación que viene incluida.
2. Proporcione copias de los talons de cheques del ultimo mes o el reporte de los impuestos del ultimo año. Esto es para asegurar que su familia entra dentro del limite de ingresos. Vea lo siguiente:

<u>Personas por familia</u>	<u>Ingresos Familiar</u>
1 persona	\$19,240
2 personas	\$25,900
3 personas	\$32,560
4 personas	\$39,220
5 personas	\$45,880
6 personas	\$52,540
7 personas	\$59,200
8 personas	\$65,860

**(por cada personas adicional, agregue \$6,280)**

Por favor llame a la enfermera de la escuela o la asistente de la enfermera de la escuela si tiene preguntas.

Sinceramente,

Mary Anderson  
School Nurse/Case Manager  
APS Office of Medicaid Services  
303-365-7813 ext. 28531

Elizabeth Ocasio  
Bilingual Case Manager Assistant  
APS Office of Medicaid Services  
303-365-7813 ext. 28537

09/22/09

# FORMULARIO DE REGISTRO DEL PACIENTE

Esta información se debe completar para asegurar el pago correspondiente

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Número de Medicaid: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR LEGAL

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono en casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. en el trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Nombre del Padre: \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono en casa: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Tel. en el trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL SEGURO

Seguro Dental Primario: \_\_\_\_\_  
Grupo o número de plan: \_\_\_\_\_  
Domicilio de la compañía aseguradora: \_\_\_\_\_  
Nombre del suscriptor (Persona que porta el plan de seguro): \_\_\_\_\_  
Número de seguro social del asegurado: \_\_\_\_\_ Parentesco con el Paciente: \_\_\_\_\_  
Patrón: \_\_\_\_\_

Seguro Dental Secundario: \_\_\_\_\_  
Grupo o número de plan: \_\_\_\_\_  
Domicilio de la compañía aseguradora: \_\_\_\_\_  
Nombre del suscriptor (Persona que porta el plan de seguro): \_\_\_\_\_  
Número de seguro social del asegurado: \_\_\_\_\_ Parentesco con el Paciente: \_\_\_\_\_  
Patrón: \_\_\_\_\_

En caso de que alguien que no sea usted (el padre/tutor legal) acompañe a su hijo a las próximas citas dentales ¿puede esta persona (si es mayor de 21 años) dar consentimiento por poderes antes los posibles cambios en el plan de tratamiento? Por ejemplo: la hermana del paciente o la tía trae al niño a la cita; se había planeado una amalgama pero se necesita una corona. ¿Puede esta persona decidir ante dicho cambio?

SÍ  NO

En caso de contestar "NO" ¿Qué debemos hacer?

- Volver a programar la cita. Uno de los padres asistirá con el paciente.  
 Llamar al (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ para hablar del can uno de los padres.

Si no encontramos a nadie, volveremos programar la cita.

¿Nos da permiso de dejarle información de la cita en su máquina contestadora?  SÍ  NO

Su firma

Parentesco con el paciente

Fecha de hoy

# Formulario de historia médica y dental

Por favor, complete el siguiente formulario para que podamos atender mejor a su hijo

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  Femenino  Masculino

¿Cuál es la razón principal por la que nos trajo hoy a su hijo? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez su hijo tuvo alguno de los siguientes padecimientos?	Sí	No	Comentarios
Soplo en el corazón			
Enfermedad congénita del corazón			
Asma, fibrosis quística, enfermedad respiratoria			
Diabetes, enfermedad de tiroides, trastorno glandular u otra enfermedad endocrina			
Enfermedad hepática (hígado)/hepatitis/ictericia			
Enfermedad renal (riñones)			
Enfermedad de la piel, huesos, músculos o articulaciones			
Ataques/convulsiones/pérdida de la conciencia			
Parálisis cerebral o enfermedad neurológica			
Enfermedad de transmisión sexual o VIH			
Anemia, hemofilia, otros trastornos de la sangre			
Enfermedad drepanocítica o rasgo drepanocítico			
Cáncer			
Trastorno del habla			
Trastorno auditivo			
Trastorno de la vista o del ojo			
Dolores de cabeza frecuentes			
Retraso mental, emocional o en el desarrollo			
Autismo, trastorno de hiperactividad y déficit de atención (ADHD, por sus siglas en inglés), trastorno/síndrome genético (por favor, especifique)			
Infecciones frecuentes			
¿Alguna vez su hijo recibió sangre / productos sanguíneos?			
¿Alguna vez estuvo hospitalizado?			
¿Alguna vez tuvo una enfermedad seria?			
¿Alguna vez tuvo una herida importante?			
¿Alguna vez su hijo se sometió a una cirugía?			
¿Qué medicamentos está tomando su hijo en este momento?			
¿Su hijo es alérgico.....			
.....a algún medicamento?			Por favor, especifique
.....a algún alimento, contaminante del medio ambiente, animal?			Por favor, especifique

¿Existe algún otro problema, enfermedad o padecimiento médico que debamos conocer para atender a su hijo?

No  Sí. Por favor, especifique \_\_\_\_\_

¿Cuál es el Médico de cuidado primario o el Grupo del médico de su hijo?

Nombre \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha sufrido algo de lo siguiente?	Sí	No	Comentarios
Dolor de dientes			
Hinchazón de la boca y cara			
Herida en la cara o en los dientes			
Una mala experiencia dental			
Su agua tiene flúor			
Su hijo se chupa el dedo o tiene algún otro hábito oral			
Tiene algún otro padecimiento dental			

¿Cuál de las siguientes categorías describe mejor la capacidad de aprendizaje de su hijo?  Retrasada  Normal  Avanzada  
 ¿Cómo cree que se comportará su hijo en esta cita?  Se comportará bien  No está seguro  No cooperará

## Healthy Smiles Dental Clinic Agreement

Healthy Smiles Dental Clinic is a dental program that is part of The Children's Hospital and the University of Colorado School of Dentistry. The program is a teaching site for students and residents who are supervised by Pediatric Dentists. The goal of Healthy Smiles Dental Clinic is to provide quality oral health care for children (we refer to this as routine care). In order to meet our goals, we ask that you follow these guidelines.

1. Late or missed appointments affect our ability to provide adequate dental care for your child. If you need to cancel, we need 24 hours prior notice. Should you need to change your appointment, please call Healthy Smiles Dental Clinic at 303-724-2273. If the clinic is closed, please leave a message.
2. We have a "3 missed policy." If you miss or cancel an appointment 3 times without giving 24 hours notice, your child will not be seen for routine care and can only be seen for a dental emergency.
3. We require at least one parent to be present during your child's appointment at the Healthy Smiles Dental Clinic. If you bring other children to the appointment, please bring another adult to watch the child(ren) not receiving dental care while you are with the child that is being treated. This enables us to focus on treating your child and provide the best care.
4. If you have any questions, please ask your doctor.

Please indicate your agreement to these policies by signing below.

---

Parent Name

Date

## Healthy Smiles Dental Clinic Un acuerdo

Healthy Smiles Dental Clinic (La Clinica de Sonrisas Sanas) es un programa dental que forma parte de The Children's Hospital y University of Colorado School of Dentistry. Este programa es un lugar de instrucción para estudiantes y médicos internos bajo la supervisión de Odontólogos Pediátricos. La meta de Healthy Smiles Dental Clinic es proporcionar a los niños atención de calidad para la salud oral (a lo que nos referimos como cuidado de rutina). Para alcanzar nuestras metas, le pedimos cumplir con las siguientes indicaciones.

1. El faltar o llegar tarde a una cita afecta nuestra capacidad para otorgar una atención adecuada a su hijo. **Si usted tiene que cancelar la cita, necesitamos que nos avise con 24 horas de anticipación.** Si necesita cambiar su cita, por favor llame a Healthy Smiles Dental Clinic al 303-724-2273. Si la clínica está cerrada, por favor deje un mensaje.
2. Tenemos una póliza al faltar 3 veces. Si falta a una cita o si la cancela sin avisarnos con 24 horas de anticipación por 3 veces, no se atenderá en caso de una emergencia dental.
3. Se requiere que por lo menos el padre o la madre estén presentes durante la cita en Healthy Smiles Dental Clinic. Si trae a otros niños a la cita, por favor venga con otro adulto para que los cuide mientras que usted está con su hijo durante el tratamiento. Así nos podemos enfocar en el tratamiento de su hijo y brindarle el mejor cuidado.
4. Si tiene alguna pregunta, por favor hable con su doctor.

Por favor, firme abajo para indicar que está de acuerdo.

---

Firma de padre o madre

Fecha



## The Children's Hospital Pediatric Dental Clinic Policies

The Children's Hospital Pediatric Dental Clinic operates a residency program that includes teaching and training of dental residents.

We have established the following rules that help us to accomplish our mission. Our goal is to provide affordable quality oral health care in an efficient manner to children, adolescents, and individuals with special needs.

1. You must bring your current insurance card (e.g. Medicaid card) or other valid billing information to each visit. Without this you will be considered self-pay.
2. All self-pay patients must pay the full amount due at checkout after each appointment.
3. Please arrive at least 15 minutes before the scheduled appointment time for completion of the check-in procedures.
4. Except for true emergencies (e.g., trauma, swelling, bleeding), we see all patients at scheduled appointments only and do not take "walk-ins".
5. If you are up to 15 minutes late we will try to work you in if the schedule allows. Your wait time may be up to two hours. However, if you are more than 15 minutes late, we will reschedule.
6. An appointment is time specifically reserved for your child. If you are unable to keep it, you must cancel with at least 24 hours notice so we can use the time for another patient.
7. If you miss more than three appointments or cancel repeatedly without adequate notice, we will dismiss you from our clinic unless special circumstances apply.
8. We allow only one responsible adult (no siblings) to accompany a patient to the treatment area. Child care facilities are available daily during our business hours at the Creative Play Center on the first floor.

Please indicate your agreement to these policies by signing below.

Parent/Guardian Signature

---



## Normas de la Clínica Dental en el Hospital Children's

La clínica Dental Pediátrica en el Hospital Children's patrocina un programa de prácticos que incluye la enseñanza y el entrenamiento de los dentistas residentes.

Hemos establecido las siguientes normas para ayudarnos a cumplir con nuestra misión. Nuestra meta es proveer cuidado de la salud bucal asequible y de calidad en una manera eficaz, para los niños, adolescentes, e individuos con necesidades especiales.

1. Usted debe traer su tarjeta de seguro médico actual (e.j tarjeta de Medicaid) u otra información de facturación válida a cada visita. Si no la trae se le considerará que usted se encarga de su propia cuenta.
2. Todo paciente que se encarga de su propia cuenta, la tiene que pagar en su totalidad después de cada cita.
3. Por favor, lleguen 15 minutos antes de la hora programada para la cita para completar el proceso de registro.
4. Salvo en una emergencia (p.j. trauma, hinchazón, sangrado) vemos a los pacientes con citas programadas. No se atienden a personas que se presentan sin cita.
5. Si usted llega hasta 15 minutos tarde intentaremos acomodarle si el horario permite. La espera puede ser hasta dos horas. Sin embargo, si usted llega más de 15 minutos tarde, le programaremos la cita de nuevo.
6. Una cita es tiempo específicamente reservado para su hijo. Si usted no puede acudir a la cita, debe cancelarla con un mínimo de 24 horas de antelación, para que podamos usar el tiempo para otro niño.
7. Si usted pierde más de tres citas o si cancela citas repetidamente sin dar aviso suficiente, no le volveremos a atender en la clínica a no ser que existan circunstancias especiales.
8. Solamente permitimos que un adulto responsable (no hermanos) acompañe a un paciente al área de tratamiento. Hay servicio de guardería disponible durante horas laborales en el Centro de Juegos (Creative Play Center) en la planta baja.

Por favor firme abajo para indicar que está de acuerdo con estas normas.

Firma del padre/tutor

---