

Dental Center – Assistance League® of Pomona Valley

APPLICATION FOR DENTAL CARE (SOLICITUD PARA CUIDADO DENTAL)

Name of Child (Nombre del Niño) _____ School (Escuela) _____

Child's Address (Domicilio) _____ Birthdate (Fecha de Nacimiento) _____

City, State, Zip (Ciudad, Estado, Código Postal) _____ Ethnicity (Etnia) _____

Phone (Teléfono) _____ Names and Ages of Other Children in School (Nombres y Edades de Otros Niños en las Escuelas) _____

Mother's Name (Nombre de Madre) _____ Father's Name (Nombre de Padre) _____

Mother's Address if different (Domicilio Madre si es diferente) _____ Father's Address if different (Domicilio Padre si es diferente) _____

City, State, Zip (Ciudad, Estado, Código Postal) _____ City, State, Zip (Ciudad, Estado, Código Postal) _____

Mother's Employer (Lugar de Empleo/Madre) _____ Father's Employer (Lugar de Empleo/Padre) _____

Female Head of Household (Cabeza de Familia) Yes _____ No _____

Number of Children Living at Home (Número de Niños en el Hogar) _____

Total Number of Adults in Home (Número Total de Adultos en el Hogar) _____

FINANCIAL INFORMATION (INFORMACIÓN FINANCIERA)

*Family Monthly Income – Take Home (Ingreso Mensual – Sueldo Neto) \$ _____ Copy attached (copia adjunto)

Receiving Free or Reduced Lunch? (Recibe almuerzo gratis o reducido?) Yes _____ No _____

Receiving Assistance from Medi-Cal? (Recibe Asistencia del Medi-Cal?) Yes _____ No _____

Receiving Assistance from Private Insurance? (Recibe Asistencia de Asegurancia Privada?) Yes _____ No _____

Other extenuating circumstances (Otras Circunstancias Extenuantes) _____

The information above is true to the best of my knowledge (La información arriba mencionada es verdadera según mis conocimientos)

x _____

x _____

SIGNATURE OF PARENT OR GUARDIAN – DATE

(FIRMA DE PADRE O TUTOR – FECHA)

SIGNATURE OF REFERRING PERSON – DATE

(FIRMA DE QUIEN LO REFIERE – FECHA)

Dental Center – Assistance League® of Pomona Valley

APPLICATION FOR DENTAL CARE (SOLICITUD PARA CUIDADO DENTAL)

HEALTH HISTORY (HISTORIAL DE SALUD)

Is your child in general good health? (Esta su niño/a en buen estado de salud?) Yes____ No____

Has your child ever had any (Ha tenido su niño/a)

Heart Problems? (Problema del Corazón?) Yes____ No____

Rheumatic fever? (Fiebre Reumática) Yes____ No____

Bleeding Disorders? (Trastornos de Sangrado?) Yes____ No____

Allergy to Novacaine? (Alérgia a Novacaine?) Yes____ No____

Epilepsy? (Epilepsia?) Yes____ No____

Allergy to Antibiotics? (Alérgia a Antibióticos?) Yes____ No____

Diabetes? (Diabetes?) Yes____ No____

If Yes (Si su respuesta es Sí) _____

Any other allergies or medical problems? (Cualquier otro tipo de alergias o problemas médicos?) _____

Have any family members been patients at the Dental Center before? Yes _____ No _____

(Han sido pacientes en este Centro Dental otros miembros de su familia antes?)

If Yes, Who? (Quien?) _____ When (Cuándo?) _____

I HEREBY AUTHORIZE ANY OF THE DENTISTS OF THE ASSISTANCE LEAGUE OF POMONA VALLEY DENTAL CENTER TO RENDER ANY NECESSARY DENTAL SERVICES AND TO USE SUCH METHODS AND AGENTS AS THEY SEE FIT FOR MY CHILD. I AGREE TO PAY ACCORDING TO THE RATE SET BY THE DENTAL CENTER. I GIVE MY CONSENT FOR ANESTHESIA.

YO AUTORIZO A CUALQUIERA DE LOS DENTISTAS DE ASSISTANCE LEAGUE OF POMONA VALLEY DENTAL CENTER PARA PRESTAR CUALQUIER SERVICIO DENTAL NECESARIO Y UTILIZAR DICHOS MÉTODOS Y AGENTES SI LO CONSIDERAN CONVENIENTE PARA MI HIJO(A). ESTOY DE ACUERDO A PAGAR SEGÚN LA PORCIÓN ESTABLECIDA POR EL CENTRO DENTAL. DOY MI CONSENTIMIENTO PARA ANESTESIA.

X _____

SIGNATURE OF PARENT OR GUARDIAN – DATE

(FIRMA DE PADRE O TUTOR LEGAL - FECHA)

=====OFFICE USE ONLY=====

Assistance League member reviewing this application _____ Date _____

*Family Monthly Income verified on date _____ by _____

Source of eligibility _____ Attach copy to application

Documentation of Race/Ethnicity

Name of Patient/Client: _____ Date _____

RACE

Black/African American _____

Black/African American and White _____

American Indian/Alaska native _____

American Indian/Alaska native and Black /African American _____

American Indian/ Alaska native and White _____

Native Hawaiian/ Pacific Islander _____

Asian _____

Asian and Black/African American _____

Asian and White _____

White _____

Ethnicity

Hispanic _____

Non Hispanic or Latino _____

Form to be completed by patient, parent, or guardian of child