

For Office Use Only

Screening #s =

P / F / S=

SDF=

Urgent=

EO: 3 ___ 14 ___ 19 ___ 30 ___



Formulario para el consentimiento dental

El centro comunitario del Suroeste de Kansas va a proveer servicios dentales en la escuela de su niño/a este año. Todos los niños están invitados a participar en el programa, pero el programa tiene un enfoque especial en esos niños que no están recibiendo servicios en ninguna otra parte. Ningún niño será negado servicios basados en seguro médico e habilidad de pagar. Sin embargo, el seguro médico (si está disponible) será facturado.

Nombre de la escuela: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Género: _____

Raza:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano u otra Isla Pacifica |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano | <input type="checkbox"/> Otra Raza |

Etnicidad: (circule una) ☐ Hispano o Latino ☐ No Hispano o Latino

¿Su niño tiene seguro dental? (circule uno) SI ☐ NO ☐

Si sí, complete la sección de abajo para el seguro médico. Nosotros le mandaremos la factura al seguro médico por los servicios proveídos.

☐ KanCare (AETNA, United Health Care, Sunflower) # _____

☐ Medicaid (Oklahoma o Missouri) # _____

☐ Sin seguro de salud

☐ Seguro Comercial/ Privado

Nombre del subscriptor: _____ Fecha de Nacimiento _____ #NSS _____

Nombre de la compañía de seguro _____ #Polisa _____ #Grupo _____

Nombre de padre o guardián legal _____

Número de teléfono durante el día: _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Como padre o guardián legal del paciente nombrado anterior, yo le doy permiso al Centro Comunitario del suroeste de Kansas a proveer a mi hijo/a con servicios dentales por profesionales clínicos de CHC/SEK, como sea necesario en su juramento. Yo comprendo que ninguna promesa, garantía, o garantía se ha hecho sobre el resultado sobre el cuidado proveído por CHC/SEK. Estos servicios pueden ser los siguientes: **Limpieza, selladores, tratamiento con flúor, tratamiento con flúor diamina de plata, empastes temporales, examen, rayos X, anestesia local, cuidado restaurativo (empastes), extracciones primarias de dientes, tratamiento con pulpa, coronas de acero inoxidable, mantenedores de espacio y administración de tylenol o ibuprofeno según sea necesario. Este consentimiento será válido por un año de la fecha de la firma del padre o guardián legal abajo.**

Por favor liste abajo algún servicio que **NO** quiere que reciba su hijo/a:

Firma de Padre/Guardián legal _____ Fecha _____

**** Por favor complete y firme el Formulario del historial médico en el otro lado****



Formulario del historial medico

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Cuándo tuvo la última consulta dental su hijo/a?

- ☐ En el último año ☐ Más de hace un año ☐ Nunca

¿Porque visito su hijo/a el dentista?

- ☐ Chequeo ☐ Dolor ☐ Otra razón
☐ Limpieza ☐ Empaste dental
☐ Extracción dental

Historial médico: Por favor marque todos lo que apliquen

- ☐ Soplo cardíaco ☐ Asma ☐ Enfermedad del corazón
☐ Articulaciones Artificiales / ☐ Válvula artificial del ☐ Trastorno cardíaco
Pasadores / Tornillos corazón congénito
☐ Trastorno de convulsiones ☐ Diabetes ☐ Otro
☐ Hepatitis

Alergias:

- ☐ Látex ☐ Amoxicilina/Penicilina ☐ Otro

Por favor liste las alergias a medicamentos: _____

Doctor De Familia (PCP) _____

¿Un médico requiere que su hijo tome un pre-medicamento (antibiótico) antes de tratamiento dental?

Si sí, que condición _____

¿Su hijo tiene algún cuidado de salud especial? Si sí, por favor explique:

Cirugías/ Hospitalizaciones/ Otra condición médica:

Por favor liste todos los medicamentos que su hijo este tomando corrientemente:

Por favor digamos lo que usted piense que debemos saber acerca de las previas consultas dentales de salud que nos ayude a tratar o satisfacer las necesidades de su hijo/a

Yo confirmo que la información de salud anterior es precisa según mi conocimiento y contactare la escuela lo más pronto posible si un cambio ocurre.

Firma de Padre/ Guardián _____ Fecha _____



Community Health Center of Southeast Kansas/ 924 N Broadway/ Pittsburg, KS 66762/ 620-231-6788/ www.chcsek.org