

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 niño 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 O No Hispano o Latino

¿Su niño tiene seguro dental? (circule uno) SI O 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
  - Limpieza
  - Dolor
  - Empaste dental
  - Extracción dental
  - Otra razón

## **Historial médico: Por favor marque todos lo que apliquen**

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

## 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**

