



## Formulario para Consentimiento Dental

Centro de salud Comunitario del Sureste de Kansas ofrecerá servicios dentales en la escuela de su hijo este año. Todos los niños están invitados a participar en el programa, pero el programa tiene un enfoque especial en aquellos niños que no reciben servicios en otro lugar. A ningún niño se le negarán servicios basados en el estado del seguro o la capacidad de pago. Sin embargo, se le cobrará al seguro (si está disponible).

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_

**Raza:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Blanco                | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Asiático                           | <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano | <input type="checkbox"/> Otra raza                                  |

**Etnicidad** (circule uno) Hispano o Latino   O   no Hispano o Latino

**¿El niño/a tiene seguro dental?** (circule uno) SI o NO

Si sí, complete la sección de seguro a continuación. Le facturaremos a su seguro por los servicios prestados.

- ☐ KanCare (Amerigroup, United Health Care, Sunflower) # \_\_\_\_\_
- ☐ Medicaid (Oklahoma o Missouri) )# \_\_\_\_\_
- ☐ Ningún seguro
- ☐ Seguro privado/comercial

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Compañía de seguro \_\_\_\_\_ # Política \_\_\_\_\_ # Grupo \_\_\_\_\_

Nombre de padre/tutor legar \_\_\_\_\_ Número de teléfono durante el día \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Como padre o tutor legal del paciente mencionado anteriormente, otorgo permiso Centro de salud Comunitario del Sureste de Kansas para proporcionarle los siguientes servicios a mi hijo: **Los servicios preventivos incluyen: limpieza, selladores, tratamiento con flúor, tratamiento con fluoruro de diamina de plata y empastes provisionales. Servicios de restauración (si están disponibles) incluyen: examen, radiografías y empastes.** Este consentimiento es válido por un año a partir de la fecha firmado por padre / tutor a continuación.

Por favor, liste los servicios a continuación que **NO** quiere que su hijo reciba:

\_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**\*Por favor complete y firme el Formulario del Historial Médico en el otro lado\***

## Formulario del Historial Médico

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

### Cuando fue la última cita dental de su hijo/a:

- ☐ En el año pasado ☐ Más de un año ☐ Nunca

### ¿Porque visito el dentista su hijo/a?

- ☐ Chequeo ☐ Dolor ☐ Otro  
☐ Limpieza ☐ Relleno ☐ Sacar un diente

### Historial médico: Por favor marque todos los que apliquen

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="radio"/> Soplo cardíaco                                      | <input type="radio"/> Asma                        | <input type="radio"/> Enfermedad del corazón       |
| <input type="radio"/> Articulaciones artificiales / Pasadores / Tornillos | <input type="radio"/> Válvula cardíaca artificial | <input type="radio"/> Trastorno cardíaco congénito |
| <input type="radio"/> Trastorno convulsivo                                | <input type="radio"/> Asma                        | <input type="radio"/> Otro                         |
|   | <input type="radio"/> Diabetes                    |  |
|   | <input type="radio"/> Hepatitis                   |  |

### Alergias:

- ☐ Látex ☐ Amoxicilina / Penicilina ☐ Otro

Por favor liste las alergias de medicamento: \_\_\_\_\_

¿Su hijo requiere que un médico tome una premeditación (antibióticos) antes del tratamiento dental?

Si es así, ¿qué condición? \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene necesidades especiales de atención médica? En caso afirmativo, explíquelo por favor:

\_\_\_\_\_

Cirugías / Hospitalizaciones / Otras afecciones médicas:

\_\_\_\_\_

Indique todos los medicamentos que su hijo está tomando actualmente:

\_\_\_\_\_

Por favor díganos cualquier cosa que piense que debemos saber sobre la salud de su hijo de experiencias dentales previas que nos puedan ayudar a tratar a su hijo o satisfacer sus necesidades

\_\_\_\_\_

Confirmando que la información de salud anterior es exacta a mi saber y me pondré en contacto con la escuela lo antes posible si ocurre algún cambio.

Firma del padre / tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Community Health Center of Southeast Kansas/ 924 N Broadway/ Pittsburg, KS 66762/ 620-231-6788/ [www.chcsek.org](http://www.chcsek.org)