



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:

- Indio Americano o nativo de Alaska Blanco Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico
 Asiático Negro o Afroamericano Otra raza

Etnicidad (circule uno) Hispano o Latino 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 legal _____ Número de teléfono durante el día _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Como parente 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 parente / tutor a continuación.

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

Firma del parente/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

- Soplo cardíaco Asma Enfermedad del corazón
 Articulaciones artificiales / Válvula cardíaca artificial Trastorno cardíaco congénito
Pasadores / Tornillos Asma Otro
 Trastorno convulsivo Diabetes 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

Confirmo 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 parente / tutor _____ Fecha _____

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