

For Office Use Only

Screening #s =

P / F / S=

SDF=

Urgent=

EO: 3 ___ 14 ___ 19 ___ 30 ___



Formulario para el consentimiento dental

Community Health Center of Southeast Kansas ofrecerá servicios dentales en la escuela de su hijo/a este año. Todos los niños están invitados a participar en el programa, pero el programa tiene un enfoque especial en aquellos niños que no están recibiendo servicios en otro lugar. A ningún niño se le negarán servicios basados en el estado del seguro o la capacidad de pago. Sin embargo, el seguro médico (si es disponible) será facturado.

Nombre de la escuela _____

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

Nombre de padre o guardián _____ # telefónico durante el día _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo postal _____

Raza del Estudiante:

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

Etnicidad del Estudiante (circule uno) Hispano o Latino no Hispano o Latino

SEGURO DENTAL

Por favor circule la sección de abajo del seguro médico. Nosotros le facturaremos al seguro médico por los servicios prestados.

- € KanCare (Aetna, United Health Care, Sunflower) # _____
- € Medicaid (Oklahoma o Missouri)# _____
- € Ningún seguro
- € Seguro comercial/ Privado

Nombre del titular de la póliza de seguro comercial _____ Fecha de Nacimiento _____

#SS _____

Compañía de seguro _____ # Póliza _____ # Grupo _____

Como padre o tutor legal del paciente mencionado anteriormente, otorgo permiso a Community Health Center of Southeast Kansas para proporcionarle servicios dentales a mi hijo por personales profesionales clínicos de CHC/SEK, como sea necesario por su juramento. Yo comprendo que ninguna promesa, garantía, o garantía se ha hecho sobre el resultado sobre el cuidado proveído por CHC/SEK: Este tratamiento dental puede incluir los siguientes: **limpieza, selladores, tratamiento con flúor, tratamiento con fluoruro de diamina de plata, empastes temporales, examen, rayos X, anestesia local, cuidado restaurador (empastes), extracción de dientes primarios, terapia de pulpa, coronas de acero inoxidable, mantenedores de espacio y administración de Tylenol o Ibuprofeno según sea necesario.** Este consentimiento es válido por un año a partir de la fecha firmada por padre / tutor a continuación.

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

Firma Padre/Guardian _____ 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 _____

Cuando fue la última vez que su hijo/a visito al dentista?

- En el ultimo año Más de un año Nunca

Porque visito al dentista su hijo/a?

- Chequeo Dolor Otra razón
 Limpieza Relleno
 Extracción dental

Historial Médico: Por favor marque todos los que apliquen

- Soplo cardíaco Asma Enfermedad del corazón
 Articulaciones artificiales /pines / tornillos Válvula cardíaca artificial Trastorno cardíaco congénito
 Trastorno convulsivo Diabetes Otro
 Hepatitis

Allergias:

- Látex Amoxicilina / Penicilina Otro

Por favor nombre las alergias a medicamentos: _____

¿A quién están usando para el servicio médico del paciente? _____

¿Un médico requiere que su hijo tome pre-medicamentos (antibióticos) antes del tratamiento dental?

Si es así, ¿qué condición? _____

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

Cirugías / Hospitalizaciones / Otra condición médica: _____

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 padre / tutor _____ Fecha _____

