



Friendly Smiles 2018-2019

Consentimiento para el Cuidado Dental en la Escuela

La Clínica Dental del Condado de Douglas Programa Friendly Smiles estará proporcionando cuidado dental dentro de la escuela incluyendo selladores, fluoruro, limpiezas, exámenes, radiografías y empastes. No hay ningún costo fuera de su bolsillo para que por este servicio, sin embargo, el seguro (si está disponible) será facturado. Si su hijo ya tiene un dentista, no necesita inscribirse en nuestro programa. Su hijo es elegible si tiene Kancare / Medicaid, es elegible para el almuerzo gratis / reducido o tiene un seguro comercial. Si no tiene seguro, debe calificar para el almuerzo gratis / reducido.

INFORMACIÓN DE PACIENTE (Su hijo o hija)

Nombre legal complete

(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Fecha de nacimiento: Años: SSN (last 4 digits): masculina femenina

Nombre De La Escuela: Grado en 2018-2019:

Raza / origen étnico: Blanco Negro/Afroamericano Asiático Indio Americano / Nativo de Alaska Nativo de Hawai / Islas del Pacífico Hispano Otro

Información del Padre / Guardián:

Nombre Fecha de nacimiento

Nombre Fecha de nacimiento

Dirección Ciudad Estado Codico Postal

Teléfono Correo electrónico

¿Su hijo / a califica para el Programa de Almuerzo Gratis / Reducido en la escuela? Sí No

KanCare/Medicaid #001, (cercar Amerigroup / United HealthCare / Sunflower

Sin Seguro Dental

Seguro dental privado (debe completar lo siguiente si hay un seguro privado)

Operator # de la Política # de Grupo
Nombre del titular de la póliza Fecha de Nacimiento del titular de la póliza
Seguro social del titular de la póliza Empleador
Dirección postal para reclamaciones (atras de la tarjeta)
Número de teléfono para reclamaciones (atras de la tarjeta)

¿Has completado el otro lado?->

PACIENTE (NIÑO) HISTORIA MÉDICA

Marque todo lo que corresponda: VIA / Sida Trastorno De La Sangre Válvula del corazón artificial Articulaciones Articuladas / Pernos / Tornillos Asma Trastornos congénitos del corazón

Diabetes Enfermedad del corazón Hepatitis Convulsiones

Soplo cardíaco ADD/ADHD Autismo Anemia

Otras condiciones médicas o necesidades especiales de salud: _____

Alergias: Latex Amoxicillin/Penicillin Otro _____

Medicamentos

Anote todos los medicamentos actuales: _____

¿Su hijo es requerido por un médico para tomar pre-medicación (antibióticos) antes del tratamiento dental?
_____ En caso afirmativo, ¿para qué condición? _____

¿Cuándo visitó su niño por última vez a un dentista?

Hace 6 meses En el último año Hace más de un año Nunca

Nombre del dentista anterior: _____

¿Entiende que la Clínica Dental del Condado de Douglas será el proveedor de cuidado dental de su hijo? **Si** **No**
(Si no desea que seamos el proveedor dental de su hijo, NO COMPLETE este formulario)

Por favor nos dice de las experiencias dentales anteriores que nos ayudaría a una mejor trata a su hijo

El equipo de divulgación dental de DCDC proporcionará atención dental en el lugar a su hijo mientras estén en la escuela. Si hay servicios (enumerados a continuación) que no desea que realicemos, por favor indique aquí:

Soy el padre o guardián legal / custodio y doy mi consentimiento para que el niño arriba mencionado reciba cualquier tratamiento dental que el dentista o higienista considere necesario para la prevención y el tratamiento de enfermedades dentales. Esto incluye exámenes, radiografías, limpiezas, barniz de fluoruro, selladores dentales, rellenos, extracciones de dientes de bebé infectados, pulpotomías y entumecimiento de boca y dientes. Entiendo que toda la información del paciente está protegido y sólo se intercambia con el personal empleado por la Clínica Dental del Condado de Douglas (DCDC) y la escuela. La información anterior es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Si cualquier cambio ocurre durante el año escolar, entraré en contacto con DCDC. Autorizo a DCDC a divulgar la información necesaria para procesar reclamaciones de seguros y autorizar el pago directamente a DCDC.

Firma del Padre / Tutor _____ **Fecha** _____

¿Has completado el otro lado?→