



## Friendly Smiles 2019-2020

### 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 2019-2020: \_\_\_\_\_

#### 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) Aetna / United HealthCare / Sunflower

Sin Seguro Dental

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

Operador \_\_\_\_\_ # 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: \_\_\_\_\_

Requiere su hijo(a) tomar antibioticos antes de recibir tratamiento dental?     Sí     No

Si respondió afirmativamente, cuál es la razón? \_\_\_\_\_

\*Niños con enfermedades cardiacas congenitas, reparaciones de defectos cardiacos con materiales prostéticos en los ultimos seis meses, o enfermedades cardiacas congenitales que hayan sido reparadas pero tengan defectos residuales.

¿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, Fluoruro diamino de plata, 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. Este consentimiento estará vigente por el año escolar 2019-2020 ya que la CDCD suele proveer tratamiento dental en varias ocasiones a través del año escolar. 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? →**

2210 Yale Rd. Lawrence, KS 66049

Phone: 785-312-7770 ext. 206 / Fax: 785-312-9447

Website: www.dcdclinic.org • Email: outreach@dcdclinic.org