

Programa de Selladores en Centros Escolares

Formulario de consentimiento dental

El centro escolar de su hijo ha sido seleccionado para participar en el Programa de Selladores en Centros Escolares de Kansas. Dentistas profesionales ofrecerán en el centro escolar de su hijo servicios como: selladores, esmaltes con flúor y limpiezas. Para tener derecho a estos servicios, su hijo debe cumplir uno de los siguientes requisitos: (Marque todos los que correspondan)

- Inscrito en Medicaid/Health Wave
- Apto para el programa de almuerzos escolares gratuitos o de precio reducido

Nombre del colegio _____ Ciudad _____

Nombre del alumno _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo: Varón Mujer

Raza/ Etnia	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Otras
	<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islas del Pacífico	

Nombre del padre/tutor _____ Teléfono (día) _____

Dirección del padre/tutor _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

El Estado de Kansas y los dentistas profesionales que realizan el programa tienen como principal objetivo mejorar la salud bucal de su hijo ofreciendo servicios dentales de ayuda. Después de que su hijo sea tratado, recibirá un informe en el que se indicarán los servicios que se han realizado y, si es necesaria, una derivación a un especialista.

La información extraída de la participación de mi hijo en este programa especial se utilizará de forma anónima para fines estadísticos y la información que identifique a mi hijo o a la familia nunca será revelada de ninguna forma o en ninguna publicación

En caso de que se ofrezcan, marque todos los servicios que desea que reciba su hijo:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Selladores (si se indica) | <input type="checkbox"/> Tratamiento con flúor | <input type="checkbox"/> Limpieza bucal |
|--|--|---|

Doy a CHC/SEK mi permiso para que mi hijo reciba los servicios dentales preventivos y para que el pago se realice a través de Medicaid o Health Wave.

Medicaid n° _____

Health Wave n° _____

¿Dispone su hijo de un seguro dental privado? (no Medicaid o Health Wave) No Sí

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____



Programa de Selladores en Centros Escolares

Historial Médico

Nombre del alumno: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Colegio _____ Profesor _____ Curso _____

¿Cuándo fue su hijo por última vez al dentista? El año pasado Hace más de un año Nunca

¿Por qué fue su hijo al dentista? Limpieza/revisión Dolor de muelas Empaste Sacar un diente Otros

Historial médico: marque todas las que correspondan

Válvula cardíaca artificial Sujeciones de las articulaciones artificiales Asma Trastorno cardíaco congénito

Diabetes Enfermedad cardíaca Hepatitis Trastornos convulsivos

Soplo cardíaco Autismo Otros _____

Alergias conocidas: Látex Amoxicilina/Penicilina Otras _____

¿Necesita su hijo tomar por prescripción médica algún tipo de medicación previa (antibióticos) antes del tratamiento dental?

No Sí

- En caso afirmativo, ¿por qué motivo? _____

¿Necesita su hijo algún tipo de tratamiento especial? No Sí

Operaciones/Hospitalizaciones/Otras situaciones médicas: _____

¿Está su hijo tomando algún tipo de medicación? _____

Otras informaciones: indíquenos por favor cualquier información que deberíamos saber sobre la salud de su hijo o sobre experiencias dentales previas que podrían resultarnos de ayuda a la hora de tratar a su hijo o para cumplir con sus necesidades. _____

Confirmando que la información indicada previamente es correcta a mi leal saber y entender y que me pondré en contacto lo antes posible si se produce cualquier cambio con respecto a la misma.

CHC/SEK tratará la información del paciente como información de salud protegida (PHI) en virtud de las normas HIPPA, intercambiará la PHI únicamente con el personal contratado para el CHC/SEK y con el centro/colegio que sea responsable del tratamiento médico o de la revisión del registro.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____