



# Community Health Center of Southeast Kansas

## Consentimiento para el cuidado Dental dentro de la escuela

El Centro de Salud Comunitario del sudeste de Kansas proporcionará atención odontológica dentro de la escuela incluyendo selladores, fluoruro, limpiezas, exámenes, rayos x y rellenos. No hay ningún costo de desembolso para usted por este servicio. Sin embargo, el seguro (si está disponible) será facturado. Seleccione los servicios **que desea** que su hijo (a) reciba:

**Servicios Preventivos incluyen:**

- Limpieza
- Fluoruro
- Selladores

**Todos servicios restauradores incluyen:**

- Llenados, Rayos X y Examen

**Información del paciente**

Nombre legal completo

Apellido: _____	Primer: _____	Segundo Nombre: _____
-----------------	---------------	-----------------------

Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

Género:  Masculino  Femenina

Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Maestra(o) \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

**Raza / Etnicidad**

- |  |   |                               |
|--|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blanco              | <input type="checkbox"/> Hispano                            | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Negro Afroamericano | <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo De Alaska |                               |
| <input type="checkbox"/> Asiatico            | <input type="checkbox"/> Nativo De Hawaii / Islas Pacificas |                               |

**Información del Padre / Tutor:**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Codigo Postal \_\_\_\_\_ Numero De Telefono \_\_\_\_\_

KanCare (Amerigroup, United HealthCare, Sunflower) # \_\_\_\_\_

Medicaid (Oklahoma o Missouri) # \_\_\_\_\_  Sin Seguro

**Seguro Dental Privado (Por favor complete lo siguiente):**

Aseguradora _____ Poliza # _____ Grupo # _____
Guardador de la Poliza _____ Fecha de Nacimiento del Guardador de la Poliza _____
Seguro Social Del Guardador de la Poliza _____
Dirección postal para reclamaciones (que se encuentra en la parte de atras de la tarjeta) _____
Numero de telefono para reclamaciones _____

# Historial Medico

## Marque todo lo que corresponda:

- Válvula Cardíaca Artificial       Conjuntos Articulaciones / Tornillos       Asma       Desorden Congénito del Corazón
- Diabetes       Enfermedad cardíaca       Hepatitis       Desorden convulsivo
- Soplo cardíaco       Autismo
- Otras condiciones médicas o necesidades especiales de atención de la salud:

Alergias conocidas:  Látex       Amoxicilina / Penicilina       Otros \_\_\_\_\_

## Medicamentos

Por favor, liste los medicamentos actuales:

¿Su hijo es requerido por el médico para tomar pre-medicación (antibióticos) antes del tratamiento dental?     No     Yes

- En caso afirmativo, para qué condición

Otra información

¿Cuándo visitó su niño por última vez a un dentista?     En los últimos seis meses     En el último año     Más de un año     Nunca

Nombre del Dentista: \_\_\_\_\_

Por favor, díganos cualquier cosa que debemos saber sobre las experiencias dentales anteriores que nos ayudarían a tratar mejor a su hijo:

Soy el padre / madre o tutor / custodio legal y doy mi consentimiento para que el niño mencionado arriba reciba servicios dentales proporcionados por CHC / SEK. Confirmando que la información de salud anterior es exacta a lo mejor de mi conocimiento y me pondré en contacto con CHC / SEK si se producen cambios. Entiendo que toda la información del paciente está protegida y sólo se intercambiará con el personal de CHC / SEK y la escuela. Autorizo a CHC / SEK a entregar la información necesaria para procesar reclamaciones de seguros y autorizar el pago directamente a CHC / SEK.

**Firma del Padre / Tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Coordinador Dental al 620-240-5657 o por correo electrónico a [outreach@chcsek.org](mailto:outreach@chcsek.org)