



Community Health Center of Southeast Kansas

Consentimiento para el cuidado Dental dentro de la escuela

El Centro de Salud Comunitaria del Sudeste de Kansas proporcionará atención dental dentro de la escuela incluyendo selladores, fluoruro y limpiezas. 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 reciba:

Servicios Preventivos:

- Limpieza
- Fluoruro
- Selladores

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 debamos 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