

Consentimiento para servicios dentales en la escuela Sterling Health Care, Inc.

Los proveedores dentales (Sterling Health Care, Inc.) ofrecerán servicios dentales que incluyen, entre otros, exámenes dentales, radiografías, barniz de fluoruro y selladores. Revise este formulario detenidamente y complete toda la información que se solicita. Los proveedores no pueden/no brindarán servicios a su hijo sin este consentimiento firmado. El consentimiento puede ser retirado en cualquier momento por el padre o tutor informando al proveedor por escrito. Este servicio está destinado a estudiantes que no tienen su propio dentista establecido o a padres que solicitan que ahora se realice este servicio en la escuela.

Escuela del estudiante: _____ Grado: _____ Maestro: _____

Apellido: _____ Primero nombre: _____ Segundo nombre: _____

Género: M/F Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Apodo: _____

La Raza: Blanca Negro/Afroamericano Asiático Indio Americano/Nativo de Alaska Nativo hawaiano Otro

Etnicidad: Hispano/latino No hispano/no latino Lenguaje primario: _____ ¿Se necesita intérprete? Sí No

Dirección: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Contacto: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Comunicación Preferida: Teléfono/Correo Electrónico

Dental Information:

¿Su hijo tiene dentista? Sí No

¿Quiere que su hijo sea atendido por un proveedor dental en la escuela? Sí No

En caso de emergencia, comuníquese con:

Nombre de la Madre/Tutor Legal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____

Nombre del padre/tutor legal: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono móvil: _____ Teléfono del trabajo: _____

Médico del estudiante: _____

Dentista del estudiante: _____ Farmacia: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Esta información es necesaria para que el expediente médico del estudiante esté completo, pero SÓLO se facturará si los servicios los proporciona el proveedor dental.

Nombre completo de la madre biológica: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social: _____

*Solo se requiere si la madre biológica todavía está en el seguro del estudiante.

¿Tiene el estudiante Seguro Médico? Sí No

Seguro Primario: _____ IDENTIFICACIÓN# _____ GRUPO# _____
Seguro Secundario: _____ IDENTIFICACIÓN# _____ GRUPO# _____
Nombre del titular de la póliza: _____
Tomador del seguro Fecha de nacimiento: _____
Género del titular de la póliza: Femenino Masculino
Teléfono del titular de la póliza: _____ Número de Seguro Social del Titular de la Póliza: _____
Dirección del titular de la póliza si es diferente de la del paciente: _____

¿Tiene el estudiante Seguro Dental? Sí No
Seguro dental primario: _____ IDENTIFICACIÓN# _____ GRUPO# _____
Seguro Dental Secundario: _____ IDENTIFICACIÓN# _____ GRUPO# _____
Nombre del titular de la póliza: _____ Tomador del seguro Fecha de nacimiento: _____
Género del titular de la póliza: Femenino Masculino Teléfono del titular de la póliza: _____
Número de Seguro Social del Titular de la Póliza: _____
Dirección del titular de la póliza si es diferente de la del paciente: _____

Historia médica del estudiante:

La siguiente información ayudará al equipo dental escolar a realizar una evaluación precisa de su hijo en caso de enfermedad o emergencia.

ALERGIAS: Apuntas todos los medicamentos, vacunas, alimentos o cualquier otra alergia.

MEDICAMENTOS ACTUALES

Nombre del medicamento	Dosis	Direcciones

¿Alguna hospitalización? Sí No

Motivo de la hospitalización	Fecha de hospitalización	Centro donde está hospitalizado

¿Alguna cirugía? Sí No

Tipo de Cirugía	Fecha del Procedimiento	Instalación donde se realizó el procedimiento

¿Alguna vez ha sido tratado su hijo por alguno de los siguientes:

Condición	Sí	No	Condición	Sí	No	Condición	Sí	No
Alergias			Soplo cardíaco			Varicela		
Asma			Sibilancias			Infección del tracto urinario		
Eczema			Neumonía			Acné		
Convulsiones			Infecciones de oído			Lesión grave o conmoción cerebral		
Problemas de desarrollo y/o del habla						TDAH/TDA		
Diabetes						Otro		
Si es otro, explique:								

ANTECEDENTES FAMILIARES: ¿Algún miembro de la familia tiene alguna de las siguientes condiciones?

Condición	Relative	Condición	Relative	Condición	Relative
Infarto de miocardio	Age:	Cáncer de páncreas		Migraña	
Hipertensión		Cualquier otro cáncer		Convulsiones	
Insuficiencia cardíaca congestiva		Colitis		Diabetes	
Enfermedad cardíaca reumática		Enfermedad de Crohn		Coto	
Cardiopatía congénita		Pólipos de colon		Tendencia a sangrar	
Cáncer de mama	Age:	Hepatitis		Suicidio	
Cáncer de colon	Age:	Úlcera estomacal		Enfermedad mental	
Leukemia		Nefropatía		Tuberculosis	
Melanoma (cáncer de piel)		Ataque		Otro	
Cáncer de ovarios		Asma		Abuso de drogas o alcohol	

¿Cuándo fue la última vez que un médico vio a su hijo?

El nombre del doctor: _____ Razón: _____ Fecha: _____

Estado de vacunación: ¿Si ha recibido vacunas recientes? Sí No

¿Dónde está archivado el registro de vacunas del niño?: _____

Sí, doy permiso para que la enfermera de la escuela proporcione una copia del registro de vacunación.

Otro:

¿Tiene preocupaciones sobre la salud de su hijo? Sí No ¿Su hijo fuma y/o usa productos de tabaco? Sí No

¿Su hijo bebe alcohol? Sí No

¿Está su hijo expuesto al humo de segunda mano? Sí No

¿Cuándo fue visto por última vez su hijo por un dentista?

Nombre del dentista: _____ Razón: _____ Fecha: _____

¿Alguna vez le han enseñado a su hijo cómo cepillarse los dientes y/o usar hilo dental? Sí No

¿Cuántas bocadillos al día come su hijo? Ninguno 1-2 3-4 5-6 Más que 6

¿El médico exige que su hijo tome una premedicación (antibióticos) antes del tratamiento dental? Sí No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

¿Su hijo tiene necesidades especiales de atención médica?? Sí No

En caso afirmativo, explíquelo porfavor: _____

Evaluación del riesgo de caries dental

Por favor circule la respuesta apropiada para cada pregunta en la siguiente sección:			
¿Está su hijo expuesto al fluoruro (a través del agua del grifo, suplementos, aplicaciones profesionales o pasta de dientes)?	Sí	No	
¿Su hijo tiene un dentista al que ve regularmente?	Sí	No	
¿Su hijo tiene un trastorno alimentario?	No	Sí	
¿Su hijo abusa de las drogas o el alcohol?	No	Sí	
¿Con qué frecuencia come y/o bebe su hijo alimentos o bebidas azucarados (incluidos dulces, jugos, refrescos y bebidas energéticas)?	Principalmente a la hora de comer		Frecuentemente durante el día
¿Su hijo alguna vez ha recibido quimioterapia o radioterapia?	No		Sí
¿Tiene su hijo alguna necesidad especial de atención médica (discapacidad física, médica o mental del desarrollo) que impida la atención regular de la salud bucal?	No	Sí (niño mayor de 14 años)	Sí (niño de 6 a 14 años)
¿Cuándo fue la última vez que el padre/tutor del niño tuvo una caries?	Sin caries en los últimos 24 meses.	1 o más caries en los últimos 7-23 meses	1 o más caries en los últimos 6 meses

SÓLO PARA USO DE OFICINA:			
Lesiones o restauraciones cariosas cavitadas o no cavitadas (incipientes) (evidentes visual o radiográficamente).	No hay nuevas lesiones de caries ni restauraciones en los últimos 36 meses.	1 o 2 nuevas lesiones de caries o restauraciones en los últimos 36 meses.	3 o más lesiones o restauraciones cariosas en los últimos 36 meses.
Dientes perdidos por caries en los últimos 36 meses	No		Sí
Placa visible	No	Sí	
Morfología dental inusual (que compromete la higiene bucal)	No	Sí	
Restauración interproximal – 1 o más	No	Sí	
Superficies radiculares expuestas (presente)	No	Sí	
Restauraciones con voladizos y/o márgenes abiertos; contactos abiertos con impactaciones de alimentos	No	Sí	
Aparatos dentales/ortodoncia (fijos o removibles)	No	Sí	
Xerostomía severa	No		Sí

SÓLO PARA USO DE OFICINA:	Proveedor:	(a)	(b)	(c)
	Fecha:			

INGRESOS: **Nota: Sterling Health Care, Inc. Center se dedica a brindar atención médica a la comunidad.

Dependemos de fondos de subvenciones para apoyar nuestros programas de salud escolares. Al proporcionar la información de ingresos solicitada, esto nos ayudará a informar sobre la población a la que servimos y es importante al solicitar subvenciones. ¡GRACIAS POR SU AYUDA!

Tamaño del hogar: _____ Ingresos familiares: _____

Centro Sterling Health Care, Inc. Salud basada en la escuela Asignación de beneficios/Consentimiento para tratamiento

Doy mi consentimiento para que los miembros del personal dental de Sterling Health Care, Inc. Center realicen las pruebas y procedimientos habituales que puedan considerarse necesarios para el tratamiento de la afección de mi hijo. Por la presente se otorga consentimiento para dichas visitas al consultorio dental de la escuela con el propósito de examen, tratamiento y procedimientos realizados por un proveedor dental. Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar este reclamo. También solicito el pago de beneficios gubernamentales a la parte que acepta la asignación. Autorizo el pago de beneficios médicos al proveedor por los servicios prestados por Sterling Health Care, Inc. Center. Entiendo que es posible que me facturen por separado los servicios prestados por los proveedores de la clínica por servicios relacionados con el tratamiento. Por la presente autorizo el pago directamente al profesional que brinda estos servicios que de otro modo me serían pagaderos a mí.

Autorizar la divulgación de información médica

Por la presente autorizo la divulgación de información médica según sea necesario para la resolución de este reclamo. A menos que se indique lo contrario, esta autorización se extiende a la información de diagnóstico psiquiátrico, de abuso de alcohol o drogas y relacionada con el VIH, si la hubiera, que pueda estar contenida en los registros clínicos. Entiendo que tengo la autoridad para divulgar los registros médicos de referencia anteriores, así como para divulgarlos al proveedor de atención primaria de mi hijo. Además, libero a Sterling Health Care, Inc. Center y a cualquier corporación o afiliada relacionada de cualquier responsabilidad resultante de la divulgación de estos registros médicos y acepto identificarlos y eximirlos de toda responsabilidad. Esto constituye un permiso para divulgar información médica sobre enfermedades de transmisión sexual, si corresponde, a un tercero pagador de conformidad con KRS 214.420.

He leído lo anterior y entiendo que los puntos anteriores se aplican a mí. Verifico que he recibido un Aviso de prácticas de privacidad (45 CFR 164.520 (2) (ii) y Declaración de derechos.

La información en este formulario es precisa y completa, a mi leal saber y entender, y es solo para uso en el tratamiento, facturación y procesamiento de los beneficios del seguro a los que el estudiante tiene derecho. No responsabilizaré a mi proveedor médico, proveedor dental, Sterling Health Care, Inc. ni a ningún miembro de su personal por ningún error u omisión que pueda haber cometido al completar este formulario.

En caso de emergencia u otra enfermedad, entiendo que los proveedores y el personal de Sterling Health Care, Inc. brindarán cualquier atención médica o dental que se considere necesaria, independientemente de que esté acompañada de un adulto. A menos que se nos notifique por escrito, Sterling Health Care, Inc. asumirá que los padres biológicos y/o legales de un niño son tutores legales que tienen acceso a opciones de tratamiento e información médica para ese niño.

Fecha

Firma del padre/tutor legal (**REQUERIDA**)

El mejor **número de teléfono** para comunicarnos con usted

Correo electrónico para vincularlo al Portal del paciente para obtener el registro de salud del niño

Fecha

Firma del testigo

Si el padre/tutor legal firma con (X) o la persona autorizada da su consentimiento verbal, se deben ingresar dos firmas con nombres, direcciones y números de teléfono a continuación.

Fecha Número de teléfono Firma del testigo Dirección

Fecha Número de teléfono Firma del testigo Dirección