



Consentimiento Dental de Healthy Futures INFORMACION DEL ESTUDIANTE

| | | |
|---|----------------------------|--|
| Nombre de la Escuela | | Nivel de Grado |
| Nombre Legal del Estudiante | Inicial del Segundo nombre | Apellido |
| Fecha de Nacimiento | | Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
| Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/ Otro Pacifico <input type="checkbox"/> Negro/ Americano Africano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra Raza | | |
| Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano o Latino | | |
| Dirección | | |
| Ciudad | Estado | Código de Area |
| Número de Teléfono | | Correo Electrónico |
| Padre/Nombre de Guardian | | Fecha de nacimiento |

YA ES PACIENTE?

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Marque la caja si el estudiante es paciente de: Heartland Community Health Center Douglas County Clinica Dental Programa Bright Smiles Programa Friendly Smiles |
|--|

INFORMACIÓN DE SEGURO

| | | |
|---|-----------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> No Seguro Dental | | |
| <input type="checkbox"/> KanCare/Medicaid # _____ <input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> United HealthCare <input type="checkbox"/> Sunflower | | |
| <input type="checkbox"/> Comercial/ Seguro Privado | | |
| Compañía de Seguro | Poliza # | Grupo # |
| Nombre del Asegurado | Fecha de Nacimiento del Asegurado | |
| Número del Seguro Social | Empleador | |
| Dirección de la Compañía de Seguro & Teléfono # | | |

HISTORIA MÉDICA

Marque las que aplican

- VIH/AIDS Desorden Sanguíneo Válvula Artificial en el Corazón Coyunturas Artificiales Clavos/Tornillos
- Diabetes Problemas en el Corazón Asma Problema del Corazón Congénito
- Soplo en el Corazón ADD/ADHD Autismo Anemia
- Convulsiones Hepatitis

Escriba otras condiciones médicas o necesidades especiales de salud

¿Si su hijo(a) requiere tomar un antibiótico prescrito por su doctor antes de un tratamiento dental?

No

Yes, condiciones:

ALERGIAS

Marque todas la que aplican

- Látex Amoxicilina/Penicilina Lactosa Otros
- Otros: _____

MEDICAMENTOS

Liste todas las medicinas, vitaminas, medicinas naturales, y remedios caseros que el estudiante está tomando.

El equipo de Healthy Futures Dental proporciona cuidados dentales a su hijo cuando ellos están en la escuela. Si hay servicios (escriba la lista abajo) que usted desea que **no** reciba, por favor los escribe aquí:

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Como padre o guardián legal del paciente mencionado arriba, Yo doy a Heartland Community Health Center el permiso de proporcionar a mi hijo el cuidado preventivo. El cuidado completo incluye selladores dentales, barniz de fluoruro, tratamiento de fluoruro diamino de plata, rayos-x, limpiezas dentales, rellenos, pulpotomía, extracciones, y anestesiando la boca. Yo también entiendo que las Practicas Privadas están disponibles para que yo las revise. Este consentimiento es valido hasta que se revocado por escrito por el padre/guardián.

Yo entiendo que toda la información del paciente esta protegida y solo será intercambiada por el personal empleado/contratado por Heartland Community Health Center y en ciertas circunstancias con la escuela (aplicable solo en el tratamiento de su hijo ocurra como parte del programa de la escuela). Yo autorizo a Heartland para divulgar la información necesaria para procesar reclamaciones y autorizar pagos directos a Heartland.

Padre/Firma del Guardian

Fecha