

Cecil County

Escuela: \_\_\_\_\_

Número del salon del niño(a) \_\_\_\_\_

Nombre del niño(a) \_\_\_\_\_

**PLANILLA DE REGISTRACION PARA LOS SERVICIOS DE ORAL HEALTH**

*SI USTED DESEA QUE SU HIJO(A) RECIBA SERVICIOS DENTALES, POR FAVOR, COMPLETE ESTA PLANILLA. SI USTED TIENE ALGUNA PREGUNTA QUE HACER O NECESITA AYUDA, POR FAVOR, CONTACTE A:*

*ORAL HEALTH IMPACT PROJECT  
1-866-916-OHIP (6447)*

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Nombre del niño(a) \_\_\_\_\_

Género:(circule uno)Masculino/Femenino

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Padre / Tutor: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la casa: \_\_\_\_\_

Número de teléfono durante el día: \_\_\_\_\_

Me gustaría que alguien me contactara para obtener información adicional:

Sí\_\_\_ No\_\_\_

**Seguro Dental Privado**

*Incluya una copia de ambos lados de la tarjeta de seguro*

Nombre Compañía Seguro \_\_\_\_\_

Subscriber \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número de la tarjeta \_\_\_\_\_

Número de grupo \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

*Teléfono: 1-866-916-OHIP (6447)  
Correo electrónico:jbickley@ohip.us*

**ORAL HEALTH IMPACT PROJECT**

**PERMISO PARA QUE EL NIÑO(A) SEA ATENDIDO(A)**

\_\_\_\_ Sí, doy el permiso para que mi hijo(a):

\_\_\_\_ (Nombre del niño(a))

\_\_\_\_ NO, no doy el permiso; razón por la que se niega:

sea atendido por los dentistas que representan a Oral Health Impact Project (OHIP). Entiendo que este consentimiento se mantendrá en efecto mientras mi hijo(a) asista a esta escuela y que es mi responsabilidad informar al dentista, al higienista dental y/o a la enfermera de la escuela cualquier cambio en la historia médica de mi hijo(a).

Entiendo que este tratamiento puede incluir cualesquiera o todos de los siguientes: Examen Dental y Diagnóstico, Rayos-X, Limpieza Dental, Aplicación Tópica de Fluoruro, Sellantes Preventivos.

Entiendo que mi hijo(a) también puede ser visto(a) por el Dentista de OHIP en la escuela para futuro tratamiento dental, si lo necesitara. También doy el permiso para que a mi hijo(a) le realicen empastes menores, remoción de nervio de el diente infectado (pulpotomía), con la posible aplicación de anestesia local xilocaína más comúnmente llamada novocaína.

**Información sobre Medicaid**

Med# \_\_\_\_\_

Información de la identificación CHIP

Estoy de acuerdo a que mi información sea divulgada a mi compañía de seguros para propositos de cobro y corroboración de información, a programas de atención medica administrada (medicaid) para inscripción de ser nesaria a el niño (a), Escuela y Enfermera.

( Firma del Padre/Tutor y fecha )

( Relación al niño(a) )

**ORAL HEALTH IMPACT PROJECT**

**INFORMACION MEDICA**

Historia Médica-(circule si es apropiado)-Soplo del corazón, alergias a medicamentos (Lista) \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) necesita recibir alguna medicación antes de un procedimiento dental,por causa de alguna condición médica? Sí\_\_\_ No\_\_\_

Si la respuesta es Sí, explique \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades? (marque donde corresponda) Sí No

Fiebre reumática / Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de los riñones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de los pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia al látex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergia a alimentos, medicamentos, picadas de insectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatigas, desmayos o mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia o alguna enfermedad de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas nasales/fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desórdenes nerviosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia / apoplejía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión(alta presión de sangre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas intestinales o del estómago (úlceras)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguna hospitalización además		
Reemplazo de alguna articulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alguna hospitalización además		
de la del nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Explique \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) tiene o ha tenido alguna enfermedad o condición no mencionada arriba? \_\_\_\_\_

Medicaciones actuales \_\_\_\_\_