



## PROGRAMA DE EXTENSIÓN DENTAL Paquete de consentimiento

Estimado padre/tutor:

¡Cumberland Familia Medical Center Inc., en conjunto con Healthy Kids Clinic y family Resource/Youth Services Center, ofrece tratamiento preventivo dental en la escuela de su hijo! Estas citas serán realizadas por un dentista con licencia y pueden ocurrir una o dos veces durante el año escolar. Este servicio preventivo incluye un examen, limpieza, tratamiento con flúor, radiografías y selladores, si es necesario. Si se encuentra algún problema dental, el niño será referido a su dentista personal. Se proporcionará un informe de seguimiento al padre / tutor. Cada estudiante participante recibirá un paquete de regalo que incluye un cepillo de dientes y pasta de dientes. Si desea que su hijo participe, complete ambos formularios y devuélvalos a la escuela de su hijo.



**DEBE FIRMAR LOS FORMULARIOS EN ESTE  
PAQUETE**

**si desea que su hijo reciba servicios dentales!**

*Si su hijo ve a un dentista regularmente para recibir atención de rutina,  
no es necesario que se inscriba en este programa.*



**FAMILIA  
DENTAL  
DE KENTUCKY**  
Una parte de Cumberland Family Medical Center, Inc.

## Permiso para el tratamiento dental

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

Grado: \_\_\_\_\_

Profesor: \_\_\_\_\_

*Entiendo que Cumberland Familia Medical Center, Inc. proporcionará una copia de su Aviso de Prácticas de Privacidad a petición mía, que también está disponible en [www.cumberlandfamilymedical.com](http://www.cumberlandfamilymedical.com). Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que se facture el seguro dental de mi hijo.*

### Información del estudiante (por favor imprima):

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Cebador Medio Ambiente Último

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle

Género: Masculino / \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Raza:  Blanc  Negro o afroamericano  Nativo americano asiático o nativo

Origen  Hispano o Latino  No hispano o latino  nativo de Alaska Hawai o isleño del

Idioma:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

### Información para padres/tutores (por favor imprima):

Nombre: \_\_\_\_\_  
Cebador Medio Ambiente Último

Relación con el niño: \_\_\_\_\_ Teléfono diurno: Teléfono \_\_\_\_\_ de emergencia: \_\_\_\_\_

Número de personas en el hogar: Ingreso \_\_\_\_\_ familiar anual: \_\_\_\_\_

### Información del seguro (por favor imprima):

Compañía de seguros \_\_\_\_\_ dentales: Número de identificación: \_\_\_\_\_

¿De quién es el nombre en la póliza? \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Información de la historia clínica:

¿El estudiante ha ido al dentista antes? SÍ / NO En caso afirmativo, ¿fecha de la última visita? \_\_\_\_\_

Nombre del dentista del estudiante: \_\_\_\_\_ ¿Hay algo más que debamos saber sobre la **salud del estudiante o sobre cualquier cuidado dental** que haya tenido en el pasado? En caso afirmativo, por favor explicar: \_\_\_\_\_

### Marque las siguientes casillas para dar su consentimiento para los servicios:

Sí. Doy mi consentimiento para que el estudiante nombrado se someta a un **examen dental**, profilaxis (**limpieza dental**) y **tratamiento con flúor**. Entiendo que este estudiante puede recibir estos servicios dos veces durante el año escolar. Doy permiso para que el seguro sea facturado si corresponde. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a Cumberland Family Medical Center, Inc. con respecto a cualquier restricción a la divulgación de mi información de salud con respecto a esta o cualquier visita posterior. También doy mi consentimiento para que los resultados del examen del estudiante nombrado se compartan con su hogar dental local.

Sí. Doy mi consentimiento para que el estudiante nombrado reciba **radiografías dentales** si el dentista lo considera necesario. También doy mi consentimiento para que las radiografías del estudiante nombrado se compartan con su hogar dental local.

Sí. Doy mi consentimiento para que el estudiante nombrado reciba **selladores dentales** en molares permanentes si el dentista lo considera necesario. También doy mi consentimiento para que un **consultor dental** de Avesis realice nuevas comprobaciones de sellador hasta un

**Al rubricar aquí, estoy eligiendo NO dar mi consentimiento para el tratamiento dental de mi hijo porque mi hijo visita a un dentista local con regularidad.** \_\_\_\_\_

**Firma** del padre/tutor \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_ **de impresión del** \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

### Historial Dental / Salud

**HISTORIAL DE SALUD:** (Por favor, rodee sus respuestas.)

Haga un círculo si su hijo AHORA tiene o ALGUNA VEZ ha tenido alguno de los siguientes problemas de salud:	
<b>Sí</b>	<b>No</b>
	Fiebre reumática/prolapso de la válvula mitral/problemas cardíacos Si es así, ¿se supone que el niño debe tomar antibióticos antes de la atención dental? <b>Sí - No - No lo sé</b>
<b>Sí</b>	<b>No</b>
	<b>Mi hijo es ALÉRGICO a los MEDICAMENTOS (como los antibióticos): Por favor, ENUMERE los medicamentos a los que su hijo es alérgico aquí:</b> _____
<b>Sí</b>	<b>No</b>
	Diabetes
<b>Sí</b>	<b>No</b>
	Epilepsia/Convulsiones
<b>Sí</b>	<b>No</b>
	Asma
<b>Sí</b>	<b>No</b>
	Deterioro sensorial
<b>Sí</b>	<b>No</b>
	<b>Mi hijo toma MEDICAMENTOS todos los días para una condición de salud. Por favor, ENUMERE los medicamentos que su hijo toma cada día aquí:</b> _____
<b>Por favor, enumere cualquier otra condición médica o de salud conductual que pueda afectar el tratamiento:</b>	

**HISTORIA DENTAL:** (Por favor, rodee sus respuestas.)

¿Cuánto tiempo ha pasado desde que su hijo VISITÓ a un dentista?	<b>NUNCA</b>	<b>1 año</b>	<b>2 años</b>
¿Su hijo tiene un HOGAR DENTAL? (Un dentista que su hijo visita cada 6 meses).		<b>No</b>	<b>Sí</b>
* Si es así, ¿qué consultorio dental es el hogar dental de su hijo?			
*¿Cuál fue la razón principal de la última visita dental de su hijo?			
En los últimos 6 meses, ¿su hijo tuvo un dolor de muelas?	<b>Sí</b>		<b>No</b>
¿Alguna vez su hijo ha necesitado atención dental pero NO pudo recibirla?		<b>Sí</b>	<b>No</b>
*¿Cuál fue la razón principal por la que su hijo no pudo recibir atención?			
Describa la condición de los DIENTES de este NIÑO:	<b>Pobre</b>	<b>Justo</b>	<b>Bien</b>
Describa la condición de los DIENTES DE LOS PADRES:	Dentadura postiza	<b>Pobre</b>	<b>Bueno/Justo</b>
		<b>Excelente</b>	
Con base en las respuestas que usted da aquí y los resultados del examen dental en la escuela, determinaremos la categoría de riesgo de caries de su hijo.	<b>ALTO Riesgo</b>	<b>MEDIO Riesgo</b>	<b>BAJO Riesgo</b>
El niño tiene varios bocadillos / bebidas azucaradas entre comidas	<b>Mucho todo el día</b>	<b>A veces</b>	<b>Sólo en hora de comer</b>
El niño ha tenido empastes o cavidades visibles	<b>Sí</b>		<b>No</b>
El niño tiene necesidades especiales de atención médica que dificultan el cepillado (discapacidades del desarrollo, mentales y físicas)	<b>Sí (de 0 a 14 de edad)</b>	<b>Sí (mayores de 14 años)</b>	<b>No</b>
El niño ha recibido quimioterapia o radiación	<b>Sí</b>		<b>No</b>
El niño ha tenido trastornos alimentarios		<b>Sí</b>	<b>No</b>
El niño tiene placa en los dientes		<b>Sí</b>	<b>No</b>
El niño toma medicamentos que causan sequedad en la boca		<b>Sí</b>	<b>No</b>
El niño bebe agua de la ciudad (tiene flúor), se cepilla diariamente con pasta de dientes o el dentista le aplica flúor cada 6 meses		<b>No</b>	<b>Sí</b>