For Office Use Only HYG Initials_____
Screening #s =
P / F / S = TEMP _____
SDF =
Urgent = Teacher _____
EO:3_____14_____19_____30_____

CHC SEK School Health

2023-2024

Formulario de consentimiento DENTAL

Community Health Center of Southeast Kansas proporcionará tratamiento dental en la escuela de su estudiante este año. Todos los niños están invitados a participar en el programa, pero el programa tiene un enfoque especial en aquellos niños que no reciben servicios en otros lugares. A ningún niño se le negarán los servicios en función del estado del seguro o la capacidad de pago. Sin embargo, se facturará el seguro (si está disponible).

Nombre de la escuela_____**Grado:** ____**Teléfono del padre/tutor #**_____

Nombre LEGAL del estudiante_____ **FDN:** _____**Género:** _____ **Edad:** _____

Nombre del padre/tutor_____ **Padre/Tutor FDN:** _____

Dirección_____**Ciudad**_____**Estado**_____**Codigo postal**_____

Carrera estudiantil

- ☐ Indio americano o Nativo de Alaska
- ☐ Blanco
- ☐ Negro o afroamericano
- ☐ Asiático
- ☐ Nativo de Hawái u otro Isleño del Pacífico
- ☐ Otra raza

Etnicidad del estudiante (círculo uno) Hispano o Latino O No Hispano o Latino

SEGURO DENTAL

Complete la sección de seguros a continuación. Le facturaremos a su seguro por los servicios prestados.

- ☐ KanCare (Aetna, United Health Care, Sunflower) #_____
- ☐ Medicaid (Oklahoma or Missouri)#_____
- ☐ Sin seguro
- ☐ Seguros Comerciales/ Privados

Nombre del titular de la póliza de seguro comercial _____FDN:_____
SSN#_____
Compañía de seguros_____ Política #_____ Grupo#_____

Como padre o tutor legal del estudiante mencionado anteriormente, le doy permiso al Centro de Salud Comunitario del Sureste de Kansas para proporcionar servicios dentales por parte de profesionales clínicos de CHC / SEK según sea necesario a su juicio. Entiendo que no se ha hecho ninguna promesa, garantía o garantía con respecto al resultado de cualquier atención proporcionada por CHC / SEK. Los servicios dentales **PUEDEN** incluir lo siguiente**: limpieza, sellador, fluoruro, fluoruro de diamina de plata, relleno temporal, inyección anestesia local, extracción de dientes de leche y exámenes (examen solo para ubicaciones de Head Start).** Este consentimiento es válido por un año a partir de la fecha de firma del padre/tutor a continuación. Si se indica anestesia local y desea una llamada telefónica antes de la inyección, marque la casilla. ☐

*****Enumere los servicios a continuación que **NO** desea que reciba su estudiante:

_____

Firma del padre/tutor_____ **Fecha**_____

POR FAVOR, RELLENE Y FIRME LA SEGUNDA PAGINA

Formulario historial de salud dental
página 2 de 2

Nombre del estudiante_____ FDN_____

Cuando fue la última vez que su hijo/a visito al dentista?

- ○ En el ultimo año
- ○ Más de un año
- ○ Nunca

Porque visito al dentista su hijo/a?

- ○ Chequeo
- ○ Limpieza
- ○ Dolor
- ○ Relleno
- ○ Extracción dental
- ○ Otra razón

Historial Médico: Por favor marque todos los que apliquen

- ○ Soplo cardíaco
- ○ Articulaciones artificiales /pines / tornillos
- ○ Trastorno convulsivo
- ○ Asma
- ○ Válvula cardíaca artificia
- ○ Diabetes
- ○ Hepatitis
- ○ Enfermedad del corazón
- ○ Trastorno cardíaco congénito
- ○ Otro

Por favor, indique todas las alergias, medicamentos, alimentos y otros:

_____

Nombre del médico del niño _____

¿Un médico requiere que su hijo tome pre-medicamentos (antibióticos) antes del tratamiento dental? Si es así, ¿qué condición? _____

¿Su hijo tiene necesidades especiales de atención médica? En caso que sí, explíquelo por favor_____

Cirugías / Hospitalizaciones / Otra condición médica:

_____

Indique todos los medicamentos que su hijo está tomando actualmente:

_____

Por favor díganos cualquier cosa que piense que debemos saber sobre la salud de su hijo de experiencias dentales previas que nos puedan ayudar a tratar a su hijo o satisfacer sus necesidades

_____

Confirmo que la información de salud anterior es exacta a mi saber y me pondré en contacto con la escuela lo antes posible si ocurre algún cambio.

Firma del padre / tutor_____ **Fecha**_____