

Autorización para examen dental y tratamiento en la escuela

Children's Dental Services (CDS) provee cuidado dental en la escuela, incluyendo exámenes, radiografías, limpiezas, fluoruro, sellantes, rellenos, coronas, extracción de dientes primarios, fluoruro de diamina de plata (SDF en inglés), y otros, de ser necesarios, durante el horario escolar regular. **Si usted quiere que su hijo/a reciba cuidado dental, por favor llene este formulario y devuélvalo a la enfermera escolar. Este consentimiento será válido por un año a partir de la fecha de la firma.**

Solo complete este formulario si desea que su hijo/a sea visto exclusivamente por proveedores dentales de CDS.

Información de niño/a

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____
Primero Segundo Apellido(s) mm dd aaaa

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino **Pronombres:** _____ **Lenguaje del hogar:** _____

Escuela: _____ **Grado escolar:** _____

Información de guardián

Nombre: _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____
Primero Segundo Apellido(s) mm dd aaaa

Dirección: _____
Número Calle Apt/Unidad Ciudad Estado Código Postal

Números telefónicos: (____) _____ - _____ (____) _____ - _____

Correo electrónico: _____@_____

Historial médico del/la paciente

1. ¿Su hijo/a ha visto a otro dentista en los últimos 6 meses? ☐ No ☐ Sí, ¿dónde? _____

Fecha aproximada de la última visita: ____/____/____ y radiografías: ____/____/____
mm dd aaaa mm dd aaaa

2. ¿Está teniendo su hijo/a algún dolor o preocupación dental? ☐ No ☐ Sí, explique: _____

3. Indique si alguno de los siguientes le aplica al/la paciente **marcando cada caja:**

Déficit de atención e hiperactividad (ADHD)	☐ Sí ☐ No	Dependencia a sustancias	☐ Sí ☐ No	Hemofilia	☐ Sí ☐ No
Virus de inmunodeficiencia humana/Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA)	☐ Sí ☐ No	Herpes labial/ampollas	☐ Sí ☐ No	Hepatitis	☐ Sí ☐ No
Anemia	☐ Sí ☐ No	Cardiopatía congénita	☐ Sí ☐ No	Hipertensión arterial	☐ Sí ☐ No
Válvula cardíaca artificial	☐ Sí ☐ No	Ansiedad dental	☐ Sí ☐ No	Enfermedad del riñón	☐ Sí ☐ No
Articulación artificial	☐ Sí ☐ No	Discapacidad de desarrollo	☐ Sí ☐ No	Radiación/Quimioterapia	☐ Sí ☐ No
Artritis	☐ Sí ☐ No	Depresión / Ansiedad	☐ Sí ☐ No	Fiebre reumática	☐ Sí ☐ No
Asma/Falta de aire	☐ Sí ☐ No	Diabetes	☐ Sí ☐ No	Enfermedad de tiroides	☐ Sí ☐ No
Espectro de autismo (ASD)	☐ Sí ☐ No	Reflujo gastroesofágico	☐ Sí ☐ No	Tuberculosis**	☐ Sí ☐ No
Transfusión de sangre	☐ Sí ☐ No	Epilepsia / Convulsiones	☐ Sí ☐ No	Dermatitis/Problemas de piel	☐ Sí ☐ No
Cáncer	☐ Sí ☐ No	Soplo cardíaco	☐ Sí ☐ No	Infección de transmisión sexual	☐ Sí ☐ No
Embarazo actual ☐ No ☐ Sí, fecha de parto: ____/____/____ (mm/dd/aaaa) Otro: _____					

****Si respondió sí a tuberculosis, ha tenido un resultado positivo reciente y/o está en tratamiento actualmente? ¿Su doctor le ha indicado que su tuberculosis está latente o no activa actualmente?** _____

4. ¿Tiene alguna **alergia**? ☐ No alergias ☐ Plata ☐ Látex ☐ Colorante ☐ Comida: _____

☐ Droga: _____ ☐ Otro: _____ **Explique:** _____

5. ¿Está tomando algún medicamento, droga, vitamina o suplemento herbal? ☐ No ☐ Sí, liste cuáles: _____

6. ¿Ha tenido alguna reacción inusual a anestesia dental? ☐ No ☐ Sí, explique la reacción: _____

7. ¿Ha tenido sangrado excesivo que requiera tratamiento especial? ☐ No ☐ Sí

8. ¿Ha visto a un doctor o ha sido hospitalizado en los últimos dos años? ☐ No ☐ Doctor ☐ Razón: _____
9. ¿Ha tenido alguna cirugía u operación? ☐ No ☐ Sí, explique la razón: _____
 _____. Si tuvo complicaciones, ¿cuáles? _____

Información de aseguranza dental (Respuesta requerida)

- Nuestros servicios se facturan directamente a la aseguranza dental de su hijo/a, así que información de aseguranza completa es necesaria para poder verle. Por favor, conteste las siguientes preguntas **completamente**:

☐ Aseguranza dental de estado de Minnesota (MA) # de PMI o Medicaid ID: 0

☐ Aseguranza privada. Llene la siguiente información para el **suscriptor**:

Nombre de compañía de aseguranza: _____ Número de servicio al cliente: (____) ____ - _____

Empleador: _____ Nombre de empleado: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ # ID miembro: _____ # grupo: _____

mm dd aaaa

- Si su hijo/a no tiene aseguranza, CDS le puede ayudar a solicitar a la aseguranza del estado de MN u ofrecerle un costo reducido a familias que cualifican dependiendo su ingreso. Si no tiene aseguranza, indique su interés:

☐ Ayuda solicitando al seguro del estado ☐ Descuento con CDS

Reconocimiento

Yo le doy permiso a CDS a proveer un examen dental, servicios preventivos y el tratamiento de restauración requerido. Específicamente, doy permiso a hacerle tratamientos rutinarios dentales a mi hijo/a, incluyendo exámenes, radiografías, limpiezas, fluoruro, fluoruro de diamina de plata (SDF), y sellantes plásticos. Comprendo que empleados de CDS me contactarán para consentimiento informado adicional para proveer procedimientos restaurativos, como rellenos, coronas, extracciones de dientes primarios, anestesia dental, y otros tratamientos necesarios, y es mi responsabilidad proveer información de contacto correcta.

Entiendo que hay riesgos asociados con cualquier procedimiento, pero que estos riesgos a menudo superan los beneficios de tal tratamiento. Los riesgos de **no** recibir tratamiento incluyen los siguientes:

- Dolor dental, infección y/o absceso causando dolor, fiebre, hinchazón, con la posibilidad de infección esparcirse a otras partes del cuerpo y causar complicaciones potencialmente mortales
- Dificultad masticando y/o manteniendo buena nutrición
- Inflamación de la encía
- Desarrollo de un quiste en el tejido de la encía
- Hinchazón facial
- Sensibilidad en los dientes al frío o calor
- Dolor persistente, mal aliento, sabor desagradable en la boca y dificultad para abrir la boca
- Pérdida de dientes

También comprendo que, aunque poco comunes, hay ciertos riesgos inherentes y potenciales en cualquier plan de tratamiento o procedimiento, y que dichos riesgos operativos incluyen, pero no están limitados a los siguientes:

- Sangrado ocasional de las encías que puede durar hasta 12 horas
- Hinchazón de la cara, dolor o rigidez de la mandíbula que puede durar varios días
- Lesión a dientes, tejidos o rellenos adyacentes
- Fractura de la mandíbula y necesidad de tratamiento quirúrgico
- Reacción inesperada a la anestesia dental
- Herida al nervio subyacente a los dientes, resultando en entumecimiento, hormigueo, dolor u otras sensaciones perturbantes a los labios, mejillas, mentón, encías, dientes y lengua
- Infección del alvéolo dental luego de extracción de un diente permanente, resultando en dolor, sensibilidad o hinchazón
- Mordedura del labio mientras el efecto de la anestesia está presente

Al firmar este formulario de consentimiento, le doy permiso a CDS a facturar a la aseguranza cualquier servicio provisto al individuo indicado, y comprendo que soy responsable por cualquier monto no cubierto por la aseguranza. Para proveerle el cuidado más completo posible, le doy permiso a CDS a compartir la información de salud oral del/la paciente con la escuela. **Este consentimiento es válido por un año a partir de la fecha firmada, a menos que se revoque por escrito a CDS.** Si tuve alguna otra pregunta acerca de los riesgos y beneficios de tratamiento, u opciones de tratamiento alternativas, contacté a un proveedor de CDS para hacer dichas preguntas, y fueron contestadas adecuadamente. He tenido tiempo adecuado para tomar la decisión de dar mi consentimiento libremente. El historial médico provisto fue es correcto según mi leal saber y entender, y si esto cambia, le informaré a CDS.

Firma de padre/madre/guardián legal (o estudiante de 18+ años)

Fecha (Válido por un año)