

# SERVICIOS DEL CENTRO DE RECURSOS DE SALUD ESCUELA PRIMARIA BROOKLYN CENTER

El Centro de Recursos de Salud, ubicado en la Escuela Primaria STEAM de Brooklyn Center, ofrece servicios de salud gratuitos y de bajo costo para los estudiantes de Brooklyn Center [algunos servicios también están disponibles para miembros de la comunidad].

## SERVICIOS DE SALUD MENTAL

- GRATIS Y DE BAJO COSTO para estudiantes asegurados y no asegurados
- Disponible para estudiantes de BCCS

## SERVICIOS MÉDICOS

- GRATIS Y DE BAJO COSTO para estudiantes asegurados y asegurados
- Residentes de Brooklyn Center de 0 a 19 años y estudiantes de Brooklyn Center
- Servicios sin cita previa en la escuela primaria Brooklyn Center los lunes y miércoles de 1 a 5 p. m. durante el año escolar.
- Nota: Durante las vacaciones escolares, el horario puede cambiar. Llame a la clínica para programar una cita.

## SERVICIOS DENTALES

- GRATIS Y DE BAJO COSTO para estudiantes asegurados y asegurados

## EXÁMENES DE LA VISTA Y ANTEOJOS

- GRATIS Y DE BAJO COSTO para estudiantes asegurados y asegurados

## AYUDA CON LAS SOLICITUDES DE SEGURO MÉDICO

- GRATIS

**LOS ESTUDIANTES DEBEN ESTAR ACOMPAÑADOS POR UN PADRE O TUTOR DURANTE SU VISITA A LA CLÍNICA DE BCE.**

Ubicadas en la Escuela Primaria Brooklyn Center  
1500 59th Ave. N, Brooklyn Center, MN 55430  
Para programar una cita, llame al 763-314-8374.



**BROOKLYN  
CENTER  
COMMUNITY  
SCHOOLS**  
HEALTH RESOURCE CENTER

### 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 una 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)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dependencia a sustancias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Virus de inmunodeficiencia humana/Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes labial/ampollas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cardiopatía congénita	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Válvula cardíaca artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ansiedad dental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Articulación artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Discapacidad de desarrollo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Radiación/Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Artritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Depresión / Ansiedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma/Falta de aire	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Espectro de autismo (ASD)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reflujo gastroesofágico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis**	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia / Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dermatitis/Problemas de piel	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Infección de transmisión sexual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Embarazo actual	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 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: \_\_\_\_\_  
Primero Inicial Apellido(s)

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)



## Autorización Para Tratamiento

- Yo \_\_\_\_\_ (nombre del padre) doy permiso para que **Odam Medical Group** \_\_\_\_\_ (nombre del niño) brinde tratamiento médico que también puede incluir una actualización de vacunas.
- Permito que el **Odam Medical Group** solicite beneficios al seguro médico para pagar por la atención que recibo
  - Entiendo que:
  - El **Odam Medical Group** tendrá que enviar la información de mi historial médico a mi compañía de seguro médico.
  - Debo pagar mi parte de los costos
  - Debo pagar por el costo de estos servicios Si mi seguro no paga
  - Si usted no tiene seguro, no se le facturará.
- Entiendo que
  - Tengo derecho a rechazar cualquier procedimiento o tratamiento.
  - Tengo derecho a discutir todos los tratamientos médicos con mi médico
- Doy permiso a **Odam Medical Group** para que proporcione información limitada sobre mi atención al personal de las Escuelas Comunitarias de Brooklyn Center que participan en las operaciones del centro de salud, a la enfermera de la escuela si es que la enfermera también está involucrada en la salud de mi hijo, a otro personal si corresponde. La información de salud permanecerá confidencial y protegida con HIPPA y FERPA.

### POR FAVOR COMPLETE LOS SIGUIENTE

El primer nombre \_\_\_\_\_ El Segundo Nombre \_\_\_\_\_  
El Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de teléfono \_\_\_\_\_ el  
sexo \_\_\_\_\_ La etnicidad \_\_\_\_\_ La Raza \_\_\_\_\_

La Dirección \_\_\_\_\_  
La Ciudad \_\_\_\_\_ El Estado \_\_\_\_\_ El Código Postal \_\_\_\_\_

**El Seguro Médico** \_\_\_\_\_ **Número de Grupo** \_\_\_\_\_ **Número de Identificación** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
La Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre o Tutor  
(Para menores de 18 años)

\_\_\_\_\_  
La Fecha

\_\_\_\_\_ Imprimir Nombre de Padre o Guardián