



¡Viene a nuestra escuela!



SERVICIOS PROVEÍDOS EN ESCUELA:

¡Tratamiento GRATIS en la escuela!

¡Buenas noticias! Nuestra escuela se ha asociado con el programa de Healthy Futures a través de Heartland Community Health Center para ofrecer tratamiento dental **GRATIS** en la escuela. Si su hijo(a) no ve a un dentista con frecuencia, simplemente llene un formulario de consentimiento.

Healthy Futures se acepta Medicaid, seguro privado/comercial, y los sin asegurar. **No hay costo** aunque su hijo(a) sea sin asegurar o no cubierto completamente dentro de seguro privado. Servicios dentales proveídos a su hijo(a) en la escuela son **GRATIS**.

Atendiendo a su hijo(a) por la dentista en la escuela ahorra tiempo valioso y no quita tanto tiempo de los estudios de su hijo(a). Cuidado de calidad alta se provee una dentista autorizada en el ambiente conocido de la escuela.

Preguntas: Contacte al coordinador 785.841.7297 x 351 o healthyfutures@heartlandhealth.org

- EXAMENES
- LIMPIEZAS
- RAYOS-X
- RELLENOS
- SELLADORES
- FLUORURO
- EXTRACCIONES DE DIENTES DE LECHE
- FLUORURO DE DIAMINO DE PLATA



Llene el formulario de consentimiento para Healthy Futures y entréguelo a la escuela. Se aceptan los formularios durante el año. Preferimos recibir los formularios dos semanas antes del día de la clínica. Utilice el código QR para acceder al consentimiento en línea. También puede acceder al formulario en: <https://heartlandhealth.org/healthy-futures/>



Consentimiento Dental de Healthy Futures INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Nombre de la Escuela		Nivel de Grado
Nombre Legal del Estudiante	Inicial del Segundo nombre	Apellido
Fecha de Nacimiento		Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/ Otro Pacifico <input type="checkbox"/> Negro/ Americano Africano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra Raza		
Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano o Latino		
Dirección		
Ciudad	Estado	Código de Area
Número de Teléfono		Correo Electrónico
Padre/Nombre de Guardian		Fecha de nacimiento

YA ES PACIENTE?

<input type="checkbox"/> Marque la caja si el estudiante es paciente de: Heartland Community Health Center Douglas County Clinica Dental Programa Bright Smiles Programa Friendly Smiles

INFORMACIÓN DE SEGURO

<input type="checkbox"/> No Seguro Dental		
<input type="checkbox"/> KanCare/Medicaid # _____ <input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> United HealthCare <input type="checkbox"/> Sunflower		
<input type="checkbox"/> Comercial/ Seguro Privado		
Compañía de Seguro	Poliza #	Grupo #
Nombre del Asegurado	Fecha de Nacimiento del Asegurado	
Número del Seguro Social	Empleador	
Dirección de la Compañía de Seguro & Teléfono #		

HISTORIA MÉDICA

Marque las que aplican
<input type="checkbox"/> VIH/AIDS <input type="checkbox"/> Desorden Sanguíneo <input type="checkbox"/> Válvula Artificial en el Corazón <input type="checkbox"/> Coyunturas Artificiales Clavos/Tornillos
<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Problemas en el Corazón <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Problema del Corazón Congénito
<input type="checkbox"/> Soplo en el Corazón <input type="checkbox"/> ADD/ADHD <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Hepatitis
Escriba otras condiciones médicas o necesidades especiales de salud
¿Si su hijo(a) requiere tomar un antibiótico prescrito por su doctor antes de un tratamiento dental? <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Yes, condiciones:

ALERGIAS

Marque todas la que aplican
<input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Amoxicilina/Penicilina <input type="checkbox"/> Lactosa <input type="checkbox"/> Otros
<input type="checkbox"/> Otros: _____

MEDICAMENTOS

Liste todas las medicinas, vitaminas, medicinas naturales, y remedios caseros que el estudiante está tomando.	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

El equipo de Healthy Futures Dental proporciona cuidados dentales a su hijo cuando ellos están en la escuela. Si hay servicios (escriba la lista abajo) que usted desea que no reciba, por favor los escribe aquí:

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Como padre o guardián legal del paciente mencionado arriba, Yo doy a Heartland Community Health Center el permiso de proporcionar a mi hijo el cuidado preventivo. El cuidado completo incluye selladores dentales, barniz de fluoruro, tratamiento de fluoruro diamino de plata, rayos-x, limpiezas dentales, rellenos, pulpotomía, extracciones, y anestesiando la boca. Yo también entiendo que las Practicas Privadas están disponibles para que yo las revise. Este consentimiento es valido hasta que se revocado por escrito por el padre/guardián. Yo entiendo que toda la información del paciente esta protegida y solo será intercambiada por el personal empleado/contratado por Heartland Community Health Center y en ciertas circunstancias con la escuela (aplicable solo en el tratamiento de su hijo ocurra como parte del programa de la escuela). Yo autorizo a Heartland para divulgar la información necesaria para procesar reclamaciones y autorizar pagos directos a Heartland.	
Padre/Firma del Guardian	Fecha