



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 Hawaii/ 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

- VIH/AIDS Desorden Sanguíneo Válvula Artificial en el Corazón Coyunturas Artificiales Clavos/Tornillos
- Diabetes Problemas en el Corazón Asma Problema del Corazón Congénito
- Soplo en el Corazón ADD/ADHD Autismo Anemia
- Convulsiones 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?

No

Yes, condiciones:

ALERGIAS

Marque todas la que aplican

- Látex Amoxicilina/Penicilina Lactosa Otros
- 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