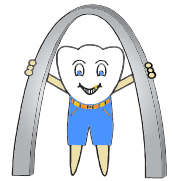


CUIDADOS DENTALES EN LA ESCUELA

Por Favor llene, firme y regrese a la escuela. Questions? Preguntas? Llame al (314) 872-3930

Cuidar de los dientes de su niño es importante para mantenerlos sanos.



1. DIGANOS ACERCA DE SU NIÑO ☐ Seleccione aquí para rechazar los servicios y llene solamente el "Nombre del Estudiante" y "Fecha de Nacimiento."

Nombre del Estudiante _____ (POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE) NOMBRE APELLIDO Hombre/ Mujer
CIRCULE UNO

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Raza _____ Escuela _____
MM/DD/YY (OPTCIONAL)

Profesor _____ Distrito _____ Año _____ # de Salon _____

Su Nombre _____ Relación al Estudiante ☐ Padre Custodio
Tutor Legal ☐ (SELECCIONE UNO)

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Email _____ Teléfono () _____ Teléfono Alt. () _____

2. HISTORIA MEDICA DEL NIÑO

SELECCIONE LAS CONDICIONES QUE APLIQUEN A SU NIÑO

- | | |
|--|--|
| ☐ Problemas dentales recientes | ☐ Celula de la Oz |
| ☐ Alergia al Látex | ☐ Anemia/Desmayos |
| ☐ Alergia a algún medicamento u otra cosa | ☐ Ataques epilépticos |
| ☐ Asma o Problemas de respiración | ☐ Problemas del Riñon/Hepatitis |
| ☐ Problemas de comportamiento | ☐ Problemas del Hgado |
| ☐ Problemas del Corazón/ Sopio | ☐ HIV/SIDA |
| ☐ Fiebre Reumática | ☐ Cáncer |
| ☐ Diabetes | ☐ Tuberculosis |
| ☐ Hemofilia o problemas de sangrado | ☐ Enfermedades Transmisibles |

Notifiquenos de cualquier cambio en el historial medico. Es impórtante tener el historial medico y dental mas preciso y reciente para poder proveer un examen y evaluación dental abecuada.

Liste Alergias _____

Nombre # de Teléfono del Doctor _____

Use el espacio de abajo para darnos informacion adicional sobre la salud de su nino, uncluyendo cualquier tratamiento que este recibiendo, alguna otra enfermedad de signficadio, uso de alcohol o tabaco (incluyendo el que no se fuma). Liste todos los medicamentos que esta tomando. Adhiera otra pagina si es necesario.

Feche aprox. de la ultima vista dental _____

3. INFORMACION DEL SEGURO DENTALES

(Seleccione uno) **Medicaid cubren 100% del tratamiento**

☒ **NIÑO TIENE MEDICAID :** Missouri Medicaid Homestate United Health Care Healthy Blue
Escriba los 8-dígitos #de identificación del niño AQUÍ

☐ **NIÑO TIENE SEGURO DENTAL PRIVADO**

de ID _____ # de Grupo _____
Nombre del Plan _____ Nombre de la persona asegurada _____ Fecha de Nacimiento del Padre/Tutor _____
Seguro Social del Padre/Tutor _____ Empleador _____
Teléfono del Trabajo _____ Teléfono del Seguro _____

☐ **NIÑO NO TIENE SEGURO**

4. MARQUE CUIDADO TOTAL O CUIDADO PREVENTIVO (Marque solo uno)

Cuidado Total

- ☐ Instrucciones de higiene oral, exámenes dentales, radiografías, limpiezas, fluoruro, selladores, rellenos, coronas, endodoncias de dientes y extracción de dientes sin esperanza.

Cuidado Preventivo Solamente

- ☐ Instrucciones de higiene oral, exámenes dentales, radiografías, limpiezas, fluoruro y sellantes.

Al firmar este consentimiento forma doy consentimiento a la puerta de entrada a la Fundación de salud Salud Oral afiliado dentistas generales para proporcionar cuidado dental a mi hijo en la escuela sin mi presencia a no ser que puedo retirar este consentimiento. También autorizar y dirigir la puerta de entrada a la Fundación de Salud Oral para facturar y cobrar el pago de cualquier Medicaid, seguro o un tercero pagador que cubre los servicios prestados a este paciente. Estoy de acuerdo en pagar cualquier porción de los cargos no cubiertos por el seguro. Fotografías también pueden ser tomadas y utilizadas como una herramienta de marketing educativo para el programa de. Una vez firmado, el formulario de consentimiento es válido para todo el año escolar.

FIRME AQUÍ

Nombre Impreso _____ PARA SU PRIVACIDAD DOBLE Y ASEGURE

FECH

