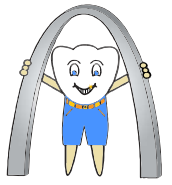


# CUIDADOS DENTALES EN LA ESCUELA

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.**



NIÑO

## 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

SELECCIONES LAS CONDICIONES QUE APLIQUEN A SU NIÑO

- Problemas dentales recientes
- Alergia al Látex
- Alergia a algún medicamento u otra cosa
- Asma o Problemas de respiración
- Problemas de comportamiento
- Problemas del Corazón/ Sopio
- Fiebre Reumática
- Diabetes
- Hemofilia o problemas de sangrado
- Celula de la Oz
- Anemia/Desmayos
- Ataques epilépticos
- Problemas del Riñon/Hepatitis
- Problemas del Hgado
- HIV/SIDA
- Cáncer
- Tuberculosis
- 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 y # 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 significadio, uso de alcohol o tabaco (incluyendo el que no se fuma). Liste todos los medicamentos que esta tomando. Adhiera otra pagina si es necesario.

Fecha 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 FECHA \_\_\_\_\_

SEGUROS

SERVICIOS