



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD BUCAL 2017-2018

Garden Place Academy/Elementary School Exámenes de salud bucal y servicios dentales 29, 30 de octubre y 1, 2 noviembre de 2018

La Academia Estadounidense de Odontología Pediátrica recomienda que los niños reciban un tratamiento con barniz de fluoruro hasta cuatro (4) veces por año. Clínica Tepeyac (Tepeyac) ha ofrecido brindar servicios dentales preventivos a su hijo durante las horas escolares. Los servicios preventivos pueden incluir una limpieza y / o el cepillado de los dientes de su hijo y la aplicación de barniz de fluoruro por parte de un higienista dental. Pueden tomar radiografías digitales. Ellos decidirán si los dientes posteriores son apropiados para los selladores (los dientes se pintarán con una capa de plástico que mantendrá los alimentos y los gérmenes fuera de las ranuras de los dientes). La Clínica Tepeyac (Tepeyac) se ofreció a brindar tratamiento de barniz de fluoruro para su hijo este año en otoño y primavera, como parte del Programa de atención pediátrica. Este cuidado preventivo no reemplaza un chequeo dental regular.

La firma de este formulario dará su consentimiento a Tepeyac para proporcionar hasta dos (2) tratamientos de barniz con fluoruro durante el año escolar 2018-2019, uno en otoño / invierno y otro en primavera. La firma de este formulario autoriza a Clínica Tepeyac a facturar a su compañía de seguros Medicaid Health First Colorado o CHP + por los servicios odontológicos preventivos proporcionados. Si no tiene cobertura dental, Clínica Tepeyac proporcionará estos servicios dentales preventivos sin costo alguno para el padre / representante legal autorizado. Para recibir estos servicios odontológicos preventivos en la escuela de su hijo, el padre / representante legalmente autorizado deberá firmar el formulario de consentimiento y proporcionar la información de registro que se indica a continuación.

Sí, quiero que mi hijo reciba un examen dental, limpieza, barniz de fluoruro, radiografías digitales y, si es necesario, selladores dentales.

No, no quiero que mi hijo reciba un examen dental, limpieza, barniz de fluoruro, radiografías digitales o selladores dentales.

Información del estudiante (Escriba toda la información en tinta)

Nombre completo del estudiante/paciente	Primero:	Segundo:	Apellido:
Fecha de Nacimiento	Mes:	Día:	Año:
Medicaid del alumno/Plan de Seguro medico	Medicaid/Nombre de plan de Seguro médico: <input type="checkbox"/> No tiene seguro medico		Medicaid/ Plan ID#:
Sexo del Paciente	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenina	
Dirección de casa			
Ciudad/Código Postal	Ciudad:	Código Postal:	
Número de teléfono preferido	() _____ - _____		
Idioma principal del estudiante	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Otro
Guardián / Nombre del padre	Primero:	Segundo:	Apellido:
Rasa de Estudiante	<input type="checkbox"/> Amerindia/Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái/Proveniente de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No reportado/ rechazo reportar <input type="checkbox"/> Otro	
Etnicidad de Estudiante	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> No-Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Niego a reportar
Tu hijo/a visita al dentista con regularidad y/o está tu niño/a bajo el cuidado de un dentista?	Sí <input type="checkbox"/>		No <input type="checkbox"/>
Si está bajo el cuidado de un dentista, porfavor provee el nombre del denista:	_____		
Fecha de última cita dental:	_____		
¿Quien es el doctor de cuidado general de tu niño/a?:	_____		

Alergias

- Sí No Su hijo tiene alguna alergia a la comida o los medicamentos?
 Sí No Tiene su hijo alguna alergia a los piñones o colofonia (colofonio)?
 Sí No Alguna vez su hijo ha tenido una reacción al látex?
 Sí No Su hijo tiene algún problema cardíaco?

Escala de tarifa (Opcional)

Clinica Tepeyac tiene una escala de tarifas variable para aquellos pacientes que no tienen seguro. Si desea ser considerado para la escala de tarifas variable de Clínica Tepeyac, indíquenos sus ingresos y el tamaño de la familia a continuación. Si es elegible para la Escala de tarifas variable de Clínica Tepeyac, se le dará el descuento por un período de 12 meses. La Escala de tarifas variable será válida para cualquier servicio recibido de la Clínica Tepeyac durante los próximos 12 meses.

Negarse a informar el tamaño y el ingreso de la familia.

Tamaño de Familia	
Ingresos brutos familiares anuales	

Consentimiento para servicios / tratamiento de salud bucal

Entiendo que se me notificará sobre cualquier servicio que reciba mi hijo, así como cualquier hallazgo anormal y/o recomendaciones de tratamiento adicionales. Doy permiso para que mi hijo reciba un examen dental, limpieza, selladores, rayos X y barniz de fluoruro en el sitio de la escuela. También entiendo que debo comunicarme con la enfermera de la escuela si tengo preguntas sobre cualquier atención o instrucciones de seguimiento necesarias. Entiendo que este consentimiento seguirá siendo válido durante el año académico de 12 meses 2018-2019, a menos que yo lo haya revocado. **Puedo revocar este consentimiento para el tratamiento en cualquier momento solicitando por escrito que se retire a mi hijo de recibir exámenes/servicios de salud oral.** Es mi responsabilidad notificar a la enfermera de la escuela de todas las actualizaciones o cambios en las condiciones de salud de mi hijo, registros de vacunación, medicamentos o cobertura de seguro. Me doy cuenta de que puedo llevar a mi hijo a otro dentista en cualquier momento. **Entiendo que estos servicios dentales son tratamientos preventivos y que aún se pueden formar caries sin una higiene bucal adecuada y atención de rutina.** El cuidado dental será realizado por un higienista de Tepeyac.

Mi firma a continuación indica que he revisado, entiendo la información y estoy de acuerdo con los términos y condiciones descritos.

Grado: _____ Maestro/a: _____

Nombre del guardián: _____ Firma del guardián: _____

Fecha: _____