

**Importante**

**POR FAVOR COMPLETE EL FORMULARIO SI QUIERE QUE SU HIJO RECIBA NUESTROS SERVICIOS DENTALES EN LA ESCUELA**

**FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO POR FAVOR COMPLETAR CON TINTA SECCIONES 1-5**

**1. Información de su hijo (a):**

Nombre de hijo (a) \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Nombre del Padre/Tutor \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
 Telefono de emergencia: \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_  
 Sex: F \_\_\_ M \_\_\_ Grado \_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_

**2. El seguro dental de su hijo (a)**

Medicaid ID# \_\_\_\_\_  
 Other (Wellcare, Fidelis, Healthplex MVP, Delta) \_\_\_\_\_  
 Yo no tengo seguro dental y me gustaria que me contacten en referencia al pago con descuentos.  
 Fecha de la última visita dental \_\_\_\_\_

**3. Historial medico**

Si usted no entiende alguna pregunta o está inseguro, por favor llame a la clinica dental porque no podemos proveer servicios dentales sin toda la información.

- Quien es el medico de su hijo (a)? \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_
- Está su hijo(a) tomando algún medicamento? \_\_\_SI NO\_\_\_  
 Si, indique por qué? \_\_\_\_\_

**Ha tenido su hijo(a) alguna de las siguientes enfermedades. Por favor indicar (x).**

Soplo Cardiaco <input type="checkbox"/>	Hemorragia <input type="checkbox"/>	Problemas de la Vejiga <input type="checkbox"/>	Anemia Perniciosa <input type="checkbox"/>
Autista <input type="checkbox"/>	Problemas en los Ojos <input type="checkbox"/>	Enfermedad Pulmonar <input type="checkbox"/>	Neumonía <input type="checkbox"/>
Enfermedad Corazón <input type="checkbox"/>	Hemofilia <input type="checkbox"/>	HIV o SIDA <input type="checkbox"/>	Problemas del Riñon <input type="checkbox"/>
Artritis <input type="checkbox"/>	Amigdalitis <input type="checkbox"/>	Transfusión de Sangre <input type="checkbox"/>	Desmayo <input type="checkbox"/>
Problemas de Sinusitis <input type="checkbox"/>	Tratamiento Radación <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	Problemas del Hígado/ Hepatitis <input type="checkbox"/>
Prótesis <input type="checkbox"/>	Problemas de Tiroide <input type="checkbox"/>	Anemia <input type="checkbox"/>	Epilepsia <input type="checkbox"/>
Defectos Físicos <input type="checkbox"/>	Cáncer o Tumores <input type="checkbox"/>	Fiebre Reumática <input type="checkbox"/>	Urticaria <input type="checkbox"/>
Ictericia <input type="checkbox"/>	Convulsiones <input type="checkbox"/>	Asma <input type="checkbox"/>	Problemas del Habla/Oidos <input type="checkbox"/>
Fisura Labio/Palatina <input type="checkbox"/>	Problemas Emocionales <input type="checkbox"/>	Úlsera o Colitis <input type="checkbox"/>	Fiebre de Heno <input type="checkbox"/>
Tuberculosis <input type="checkbox"/>			

- Ha sido su hijo (a) vacunado \_\_\_SI NO\_\_\_
- No, explique por que \_\_\_\_\_
- Ha tenido su hijo(a) alguna reacción alérgica? \_\_\_SI NO\_\_\_

Si, explique por que \_\_\_\_\_

**Yo entiendo que en el caso de que el estado de salud de mi hijo(a) cambie, yo voy a notificarlo a su oficina lo antes possible.**

**Requerido** **4. Firma del Padre/Tutor X:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Vamos a citar a su hijo (a) durante el horario escolar. Sin embargo, si usted quiere estar presente para la cita o si tiene preguntas, o una emergencia por favor llame al (845) 866-4562 o la oficina (845) 434-0376 x 216. Oficina principal: 25 Sullivan Ave., Liberty, NY 12754. Dirección de correo postal: P.O. Box 576, Ferndale, NY12734.

**POR FAVOR COMPLETE EL FORMULARIO Y DEVUELVALO A LA ESCUELA!**

**Continúa →**

## CONSENTIMIENTO O DECLINACIÓN

Nombre del Niño(a) \_\_\_\_\_

Es de mi conocimiento la necesidad de responder las preguntas en forma verdadera. De acuerdo con mi conocimiento las respuestas que he contestado son precisas.

Doy el consentimiento para que se le realice tratamiento dental incluyendo rayos-x. Si mi hijo(a) requiriese tratamiento adicional como rellenos, extracciones, coronas y tratamiento de conducto, serán proporcionados por el dentista. Entiendo que seré previamente notificado sobre el tratamiento adicional. Así mismo es de mi conocimiento que quizás el tratamiento no pueda ser realizado por la clínica dental móvil.

Posibles efectos asociados con el tratamiento pueden ser: el niño(a) podría morderse accidentalmente, rasguñarse el labio o la mejilla si se usa anestesia; molestias, inflamación y sangrado temporario.

Yo expresamente excluyo a PRASAD Children's Dental Health Program, Inc. sus directores, oficiales, agentes, representantes, licenciados, sucesores, empleados y asignados de todas y cada una reclamaciones (incluyendo el derecho de publicidad, derecho de privacidad, derechos de desempeño y derechos literarios) que tengan o puedan tener al originarse de la producción, reproducción, uso, transmisión, exhibición, distribución o promoción de alguna parte de esto.

Así mismo doy el consentimiento de que PRASAD Children's Dental Health Program, Inc. tenga los archivos médicos de mi hijo(a) en el caso de que se presente alguna emergencia. Así mismo doy el consentimiento que PRASAD Children's Dental Health Program, Inc. de dar y recibir información sobre la salud de mi hijo(a) con Department of Family Services y otros servicios sociales y cualquier proveedor de salud.

Las recientes regulaciones de HIPPA se enfocan en proteger la confidencialidad del paciente. Uno de los componentes de esas regulaciones prohíbe dejar mensajes en los contestadores de los pacientes. Yo entiendo que con el fin de dar el mejor servicio posible, es necesario usar contestadores. Yo autorizo a PRASAD Children's Dental Health Program y sus representantes a enviarme mensajes de texto y a dejar información en mi contestador por servicios como recordatorio de tratamientos y turnos.

Entiendo que el presente consentimiento será válido hasta que exprese lo contrario de forma libre y notificando a PRASAD Children's Dental Health Program, Inc. por medio de una carta mi deseo de terminar el mismo. Afirmo que he leído y estoy de acuerdo con el presente consentimiento. He contestado las preguntas de acuerdo a la información que poseo y en forma satisfactoria. Entiendo que tengo el derecho de recibir respuestas sobre preguntas que pudieran surgir durante el tratamiento de mi hijo(a), así mismo comprendo que no hay garantías en el resultado del mismo. Entiendo que recibiré un informe sobre el tratamiento que mi hijo(a) reciba en la clínica.

Por medio de la presente yo autorizo a dar cualquier información medica/dental a la Compañía de Seguros, tercera parte pagadora, que sea necesaria para procesar mis reclamos de seguros. Yo designo el pago de los beneficios dentales pagaderos a: PRASAD Children's Dental Health Program. Entiendo que es mi responsabilidad informar a su oficina de cualquier cambio en el seguro de mi hijo (hija).

Yo, afirmo que soy el tutor legal del niño(a) cuyo nombre aparece en las líneas al final de esta página, y al tener custodia legal sobre él puedo tomar decisiones sobre el cuidado de su salud a su nombre. Si mi hijo(a) recibe cuidado dental en la clínica, renuncio a cualquier tipo de reclamo en contra de aquellas personas que presten su servicio, a saber PRASAD Children's Dental Health Program, Inc., sus representantes o empleados en el desempeño de sus servicios.

En caso de servicios no cubiertos por su seguro usted recibirá una notificación previa del costo antes del tratamiento.

Este consentimiento o declinación será obligatorio en mis ejecutores, administradores, herederos, legados, empleados y asignados y será interpretado y ejecutado de acuerdo a las leyes del estado de Nueva York exclusivo de su elección de reglas legales.

**Requerido**

**5. Firma del Padre/Tutor X:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**RELACIÓN CON EL NIÑO (SI PADRES O TUTOR)** \_\_\_\_\_