

**POR FAVOR COMPLETE EL FORMULARIO SI QUIERE QUE SU HIJO RECIBA NUESTROS SERVICIOS DENTALES EN LA ESCUELA
POR FAVOR COMPLETAR CON TINTA LAS SECCIONES 1-5 Y ENVIÉLO A LA ESCUELA**

1. Información de su hijo (a):

Requerido

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# _____ SS#: _____
 ❖ Otro Seguro: _____
 ❖ Yo no tengo seguro dental y me gustaria que me contacten en referencia al pago con descuentos.
 Fecha de la última visita dental _____

***Información requerida por Medicaid y los seguros dentales para fines de facturación**

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 Hgado/ 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"/> | Convulciones <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 posible.

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, NY 12734.

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 recibiré una copia del plan de tratamiento si es necesario trabajo 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.

Autorizo expresamente a PRASAD Children's Dental Health Program, Inc. así como a sus directores, funcionarios, agentes, representantes, licenciarios, sucesores, empleados y cesionarios, y los liberos de cualquier y toda reclamación (incluidos los derechos de imagen, privacidad, derechos de interpretación y derechos de autor) que tenga o pueda tener como resultado de la producción, reproducción, uso, transmisión, exhibición, distribución o promoción de fotografías, grabaciones de video o audio, u otros materiales en los que yo (o mi hijo/a) pueda aparecer. Esta autorización se otorga por tiempo indefinido y aplica para todos los medios existentes y los que puedan desarrollarse en el futuro, con fines lícitos.

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 regulaciones de HIPAA se enfocan en proteger la confidencialidad del paciente. Una parte de estas regulaciones desaconseja dejar mensajes en el buzón de voz del paciente sin su consentimiento. Entiendo que, para brindar el mejor servicio posible, a veces es necesario utilizar el buzón de voz. Autorizo a PRASAD Children's Dental Health Program, Inc y a sus representantes a enviar mensajes de texto y dejar mensajes de voz relacionados con servicios como recordatorios de citas y seguimientos de tratamiento.

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) _____