

Solo Oficina:
MRN# _____

Programa Dental Escolar

Por favor complete la forma de consentimiento. Gracias.



Nombre del Niño: _____ Apellido del Niño: _____ Fecha: _____

Sección 1: ¿Su niño está siendo visto por un dentista? Sí* No *Si actualmente tiene un dentista, por favor continúe cuidando con ellos.

¿Su hijo es actualmente un paciente en Lakeshore Community Health Care? Sí No



No, No autorizo la participación de mi hijo en el Programa Dental Escolar.

*Damos la bienvenida a todos los pacientes. Si ya ha establecido el cuidado con otro proveedor, le pedimos que continúe con su cuidado.



Sí, doy permiso para que mi hijo participe en el programa dental de la escuela.

Por la presente autorizo a Forward Health o a mi compañía de seguros a que se le emita una reclamación por servicios facturables. Entiendo que se me pueden cobrar los cargos no cubiertos por mi copago o seguro.

Imprimir el nombre del padre/tutor: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿El niño vive contigo? Sí No Si no es el padre del niño, proporciona la documentación.

Relacion hacia el niño:

- Padre/Madre Tutor
 Padrastro/Madrastra
 Padre de acogida El Poder

Si desea dar permiso para comunicarse con otras personas, en lo que respecta a cuidados menores o medicamentos, enumérelas aquí.

Nombre: _____ Relación con el niño: _____ Teléfono: _____ Permitir recoger medicamentos

Dirección: _____ Ciudad, Estado, Código postal: _____

Si seleccionó "GO" en la parte de arriba, provea la siguiente información Sección 2 hasta la Sección 5.

Por favor complete estas secciones y firme en la parte posterior para evitar un retraso en el servicio.

Sección 2: Grado: _____ Escuela: _____

Fecha de Nacimiento del Niño: _____

Dirección de casa: _____

Ciudad, Estado y Código postal

Comunicación Preferida (Listar: 1,2,3): ___ Llamada ___ Texto* ___ Email

Teléfono para llamar _____

Teléfono al texto: _____

Email: _____

*Se pueden aplicar tarifas de mensajes de texto estándar.

Sección 3: Género: Masculino Femenino

Raza: Blanco Asiático

Negro /Afroamericano

Nativo Americano/Nativo de Alaska

Nativo Hawaiano Isleño del Pacífico

Más de una raza

Etnia: Hispano/Latino Sí No

Habla: Inglés Español Otro: _____

Necesita intérprete: Sí No

Sin hogar: Sí No

Sección 4: Que tipo de cobertura de Seguro DENTAL tiene su hijo para servicios dentales? *Ningún estudiante se le negará los servicios basado en la cobertura de seguro.

Forward Health/Medicaid/BadgerCare Número de Membrecia: _____

Seguro Privado (i.e. Delta Dental of WI, Anthem Dental, etc.)

Nombre del seguro: _____ Membrecia ID/ # dePolizá: _____

Nombre del Titular del seguro: _____ Fecha de Nacimiento del Titular: _____

Número de grupo: _____ Teléfono de la compañía de seguros: _____

Dirección de Oficina de Reclamos: _____

Sin seguro: A los pacientes sin seguro se les pedirá que paguen un copago fijo basado en el tamaño del hogar y los ingresos.

Número Total de Miembros en la Familia _____ Ingreso Total Familiar (antes de deducciones) _____

Mensual Anual

Sección 5: Por favor complete el Registro de Salud del Estudiante al reverso de la página.

Puede ser necesario que un representante de LCHC se comunice con usted antes del examen de su hijo. Por favor, responda de nuevo a nosotros para asegurarse de que su hijo será visto mientras estamos en su escuela.

Sección 5: Por favor complete las siguientes preguntas:

Nombre de su Doctor: _____ Fecha del último examen: _____

Número de teléfono de su Doctor: _____ Peso: _____

Nombre del Seguro Médico: _____ Estatura: _____

Sí No ¿Su hijo toma algún medicamento? En caso afirmativo, sírvase enumerarlos:

Sí No ¿Tiene su hijo alguna alergia? En caso afirmativo, explíquelo por favor:

Sí No ¿Su hijo alguna vez ha tenido alguna enfermedad o operación grave? En caso afirmativo, explíquelo:

Sí No ¿Su hijo alguna vez tomó una pre-medicación (antibiótico) antes de una visita dental? Si es así, explique:

Por favor Explique: Tipo de enfermedad, fecha del diagnóstico, etc.:

Sí No Síndrome de Down (Mongolismo): _____

Sí No Parálisis cerebral: _____

Sí No Autismo: _____

Sí No Discapacidad Mental: _____

Sí No Trastornos ADD/TDAH: _____

Sí No Distrofía Muscular: _____

Sí No Asma: _____ Inhalador en su posesión en la escuela? Sí NO

Sí No Anemia/Drepanocítica: _____

Sí No Cardiopatía: _____

Sí No Fiebre Reumática: _____

Sí No Cáncer: _____

Sí No Tiroides: _____

Sí No Enfermedad del Hígado: _____

Sí No Enfermedad del Riñón: _____

Sí No Tuberculosis: _____

Sí No Parásitos: _____

Sí No Epilepsia: _____ Fecha de la última convulsión: _____

Sí No Diabetes: _____

Sí No Enfermedad de la Piel: _____ Tipo / variedad: _____

Sí No Embarazo: _____ Cuantas semanas: _____

Sí No Hepatitis: _____

Sí No Herpes: _____

Sí No VIH/Sida: _____

Sí No ETS: _____

Alguna otra preocupación médica:

Estoy de acuerdo que LCHC se contacte con el doctor para obtener información médica relativa para las necesidades dentales de mi hijo. Estoy de acuerdo en compartir información de mi hijo entre la escuela y el Programa Dental de LCHC.

Firma del Padre o Tutor: _____ Fecha: _____

Este formulario es bueno por un año a partir de la fecha firmada.