

UNIVERSAL SMILES... "dando sonrisas a todos los niños"



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DENTAL

UNIVERSAL SMILES se ha asociado con su escuela para proporcionar servicios dentales en el sitio. El equipo dental, encabezado por un dentista con licencia proporcionará los siguientes servicios, tal como se indica: examen dental, limpiezas, tratamiento con flúor y sellantes (si es necesario). Los sellantes son una capa protectora de plástico colocados sobre las superficies masticatorias de los molares permanentes que no parecen decaídas. Agujas y anestesia nunca se utiliza. Este programa no ofrece servicios de restauración (rellenos) o extracción de dientes. Se comunicará con usted si su hijo requiere cualquier servicio adicional. Te animamos a participar, especialmente si su hijo no tiene un dentista regular. Vamos a mejorar la salud oral de su hijo!

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ hombre ____ mujer ____

Nombre de la escuela: _____ Grado del estudiante _____

Nombre del padre o guardián: _____ teléfono # _____

Dirección: _____
Estado postal de la ciudad

TARJETA MEDICO ID #: _____ NOMBRE DEL PLAN DE MEDICO: _____ SS# _____

Si su hijo está cubierto por un seguro Dental Privado por favor lo siguiente:

Nombre de seguro Dental privado: _____ Seguro teléfono # _____

Nombre de la persona cubierto: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de seguridad o número de identificación de la persona asegurada: _____ Grupo #: _____

Nombre de empleador: _____

INFORMACIÓN MÉDICA:

¿Su niño ha tenido historia de, o algunas condiciones que se enumeran a continuación? Sí / NO (IF condición del círculo sí)

Diabetes	convulsiones	actualmente	tiene un soplo en el corazón	asma	Anemia	cáncer
Hepatitis	fiebre reumática	enfermedad cardíaca	arterial enfermedad	auditiva	epilepsia	tiroides

❖ ¿Su hijo está a tomando algún medicamento? Si responde sí, indíquelos: _____

❖ ¿Su hijo tiene alguna alergia? Si responde sí, indíquelos: _____

❖ ¿Cualquier otra médica relacionada con las condiciones? En caso, por favor enumere: _____

❖ ¿Su niño alguna vez sufrió lesiones en la boca, cabeza o dientes? Sí / NO

Como el padre o guardián lo anterior nombrado hijo, doy mi consentimiento para que mi hijo participa en el programa dental y recibir exámenes de calidad. Autorizo al dentista el seguro de mi hijo o pupilo. Medicad o todos los niños número para fines de facturación. Este consentimiento es válido para 12 meses. Entiendo que si no firmo este formulario mi hijo no recibirá los servicios dentales bajo este programa.

FIRMA DEL PADRE O GUARDIÁN: _____ FECHA: _____

HISTORIA CLÍNICA REVISADO POR: _____ FECHA: _____

Podemos tal vez tomamos fotos de las sonrisas de los estudiantes para el uso en nuestro sitio de internet y la literatura. ¿Usted da su consentimiento? SI ____ No ____