



**¡UN FORMULARIO NUEVO DEBE COMPLETARSE CADA AÑO!**

¡Rellene el formulario **COMPLETAMENTE** para asegurarse de que vean a su hijo!

**¿TIENE UN DENTISTA ACTUALMENTE? S N** ←

Si su hijo tiene un dentista actual registrado, es posible que desee continuar el tratamiento con ese proveedor. Si no desea cambiar a su hijo para ser visto por nuestro dentista en la escuela, **NO** complete este formulario.

RELLENE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD, ANVERSO Y REVERSO

RELLENE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD, ANVERSO Y REVERSO

**Información general y de salud**

Nombre legal de su hijo: (nombre) \_\_\_\_\_ (Inicial de segundo nombre) \_\_\_\_ (apellido) \_\_\_\_\_  
 Escuela: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ (haga un círculo) M F  
 Fecha de nac. del niño: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Edad: \_\_\_ Grado: \_\_\_ (haga un círculo) AM PM  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_ CP: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Número de seguro social de su hijo: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

(Rellene este formulario lo mejor que pueda)

¿Tiene dolor su hijo?  No  Sí ¿Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Por favor, marque cualquier problema siguiente:

- Malestar, crujido/chasquido de mandíbula
- Empaste perdido/quebrado
- Diente manchado
- Encías rojas, hinchadas o sangrando
- Rechinado de dientes
- Mandíbula trabada
- Dientes, diente o encías sensibles
- Zumbido en los oídos
- Mal aliento
- Ampollas/lagas en o alrededor de la boca
- Diente quebrado/astillado
- Diente flojo
- Otro(s): \_\_\_\_\_

¿Necesita el niño medicamento previo?  Sí  No  No sé

Dentista anterior: \_\_\_\_\_ Teléfono # ( ) \_\_\_\_\_

Último examen dental \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Última radiografía dental \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

¿Veces al día que el niño se cepilla? \_\_\_\_\_ ¿Veces a la semana que el niño usa hilo dental? \_\_\_\_\_

¿Está el niño tomando alguno de los siguientes medicamentos?

- Analgésicos (Incluyendo Aspirina)
- Ritalina
- Estimulantes
- Anticoagulantes
- Tranquilizadores
- Insulina
- Relajantes musculares
- Otro(s): \_\_\_\_\_

Médico del niño (Nombre del médico o clínica) \_\_\_\_\_ Teléfono # ( ) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Teléfono farmacia # ( ) \_\_\_\_\_ Peso del niño \_\_\_\_\_

¿Tiene o ha tenido el niño cualquiera de las siguientes enfermedades, condiciones médicas o procedimientos?

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> S N Sople cardíaco                 | <input type="checkbox"/> S N Tonselitis                     | <input type="checkbox"/> S N Presión sanguínea baja/alta                  |
| <input type="checkbox"/> S N Fiebre reumática               | <input type="checkbox"/> S N Problemas respiratorios        | <input type="checkbox"/> S N Hepatitis                                    |
| <input type="checkbox"/> S N Válvula cardíaca artificial    | <input type="checkbox"/> S N Asma/dificultad para respirar  | <input type="checkbox"/> S N Huesos/articulaciones/implantes artificiales |
| <input type="checkbox"/> S N Enfermedad cardíaca congénita  | <input type="checkbox"/> S N Transfusiones sanguíneas       | <input type="checkbox"/> S N Problemas de órganos/hígado/riñón            |
| <input type="checkbox"/> S N Fiebre escarlatina             | <input type="checkbox"/> S N Leucemia/anemia                | <input type="checkbox"/> S N VIH+/SIDA/ARC                                |
| <input type="checkbox"/> S N Cirugías/operaciones           | <input type="checkbox"/> S N Diabetes/hipoglucemia          | <input type="checkbox"/> S N Tuberculosis TB                              |
| <input type="checkbox"/> S N Cáncer/tumores                 | <input type="checkbox"/> S N Hemofilia                      | <input type="checkbox"/> S N Problemas psiquiátricos                      |
| <input type="checkbox"/> S N Quimioterapia                  | <input type="checkbox"/> S N Sangrado anormal               | <input type="checkbox"/> S N Hiperactividad/ADD                           |
| <input type="checkbox"/> S N Problemas de mandíbula TMJ/TMD | <input type="checkbox"/> S N Labio leporino/paladar hendido | <input type="checkbox"/> S N Desmayo/convulsiones/epilepsia               |
| <input type="checkbox"/> S N Problemas cardíacos            | <input type="checkbox"/> S N Defectos de nacimiento         | <input type="checkbox"/> S N Parálisis cerebral                           |

Por favor, indique cualquier otra afección médica que el niño tiene o alguna vez ha tenido \_\_\_\_\_

Es el niño alérgico a:  Látex  Penicilina/Amoxicilina  Tetraciclina  Anestésicos dentales (Novocaína)  Aspirina  Alergias a alimentos  
 Otro(s): \_\_\_\_\_

**Información de pago: Debe llenarse para el niño a ser visto**

Medicaid 
Seguro privado 
Por cuenta propia: \$99

No. de identificación de beneficiario de Medicaid de 12 dígitos del niño:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre de la Compañía de Seguro **DENTAL** Privado: \_\_\_\_\_ Tel. aseguradora: \_\_\_\_\_  
 Número de grupo: \_\_\_\_\_ Nombre de empleador: \_\_\_\_\_ Tel. Co.: \_\_\_\_\_  
 Nombre de la persona bajo el cual el niño está cubierto: \_\_\_\_\_ FECHA NACIMIENTO del Adulto Asegurado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 No. de seguro social de adulto asegurado: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Contrato/ID #: \_\_\_\_\_

Seguro secundario: Nombre de seguro: \_\_\_\_\_ Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 ID #: \_\_\_\_\_ Teléfono de empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono aseguradora: \_\_\_\_\_

**Declaración financiera: Tenga en cuenta que cualquier tratamiento proporcionado puede afectar los beneficios futuros que su hijo recibirá bajo: un seguro privado, programa de seguro de salud, Medicaid y Hoosier Healthwise.**

Deseo pagar de mi bolsillo para que mi hijo reciba un examen dental, radiografías, limpieza y fluoruro. Pago \$99. Método de Pago: (rodée con un círculo) **Efectivo Cheque Débito/Crédito**

Para una lista completa de nuestras tarifas, visite nuestro sitio Web: [www.schoolsmiles.com](http://www.schoolsmiles.com)

*Por favor, haga los cheques y giros postales a nombre de: School Smiles*

**Subsidios están disponibles en orden de llegada** (marque si está interesado en aplicar)

**Importante: Firma del padre/tutor requerida**

*Si desea que su hijo participe en este programa, por favor firme y complete ambos lados de este formulario. Si tiene alguna pregunta relacionada con la salud dental de su hijo, puede ponerse en contacto con nosotros directamente llamando al 1.855.49SMILE, o no dude en visitar nuestra página web en: [www.schoolsmiles.com](http://www.schoolsmiles.com) para más información y preguntas frecuentes. Al firmar a continuación, usted acepta (exámenes, radiografías, limpieza, fluoruro y selladores, según sea necesario) para chequeos cada 6 meses y de rutina.*

Yo, \_\_\_\_\_, "Padre/Tutor" doy permiso para que mi hijo reciba tratamiento dental de los proveedores de servicios dentales de (Nombre en letra de molde del Padre/Tutor) School Smiles en su escuela durante el horario escolar.

➔ \_\_\_\_\_ **Firma del padre/tutor legal** \_\_\_\_\_ Fecha Edad del niño

**Firma del padre/tutor para tratamiento (empastes)**

Yo \_\_\_\_\_ doy permiso para que mi hijo reciba tratamiento dental de (en la forma de empastes restauradores) del proveedor dental (Nombre en letra de molde de Padre/Tutor) de School Smiles en su escuela. Entiendo que, durante el tratamiento, puede ser necesario cambiar o añadir procedimientos debido a las condiciones encontradas al trabajar en los dientes y que no fueron descubiertas durante el examen inicial (en esta circunstancia: empastes más grandes).

**AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, AUTORIZO AL DENTISTA PARA QUE HAGA CUALQUIER CAMBIO Y ADICIÓN QUE SEAN NECESARIOS EN MI HIJO EN RELACIÓN CON LOS EMPASTES RESTAURADORES, COMO SE INDICA ANTERIORMENTE.**

➔ \_\_\_\_\_ **Firma del padre/tutor legal** \_\_\_\_\_ Fecha

*\*\* Tenga en cuenta: Si su hijo necesita tratamiento adicional a los empastes, tales como coronas de acero inoxidable, pulpotomías o extracciones, SE OBTENDRÁ consentimiento adicional. Si su hijo requiere tratamiento fuera de lo que puede ser proporcionado por School Smiles, se proporcionará una referencia para usted.*

**Reconocimiento de HIPAA**

*La privacidad de la información de salud protegida de su hijo sigue siendo extremadamente importante, y estamos comprometidos a garantizar su privacidad. He leído el Aviso de Privacidad y entiendo mis derechos contenidos en el aviso. Mediante mi firma, proporciono a esta oficina mi autorización y consentimiento para usar y divulgar información de cuidados de salud de mi hijo para los propósitos de tratamiento, pago y cuidado de salud como se describe en el Aviso de Privacidad.*

➔ \_\_\_\_\_ **Firma de padre/tutor legal** \_\_\_\_\_ Fecha

RELLENE EL FORMULARIO, POR EL ANVERSO Y EL REVERSO, Y DEVUELVA AL PROFESOR DE SU HIJO