



SARAH BUSH LINCOLN DENTAL SERVICES

225 RICHMOND AVE. E STE. B

MATTOON, IL 61938

T: (217) 235-0800 | F: (217) 235-0801

Gracias por elegir a Sarah Bush Lincoln para atender la salud bucal de su hijo(a). Agradecemos sinceramente la oportunidad de atenderlo. A continuación se incluye información importante sobre nuestra oficina y nuestras políticas.

ESCUELA: _____ MAESTRO(A): _____ GRADO: _____ (si es PK- AM o PM)

MARQUE UNA DE LAS OPCIONES SIGUIENTES:

- ☐ Sí Deseo que mi hijo(a) reciba **TODOS LOS SERVICIOS** que se ofrecen en su escuela. Esto incluye un examen dental, limpieza, tratamiento con flúor, selladores, fluoruro de diamina de plata (SDF) y radiografías, en caso de ser necesario.
Requisitos: Debe tener Medicaid/All Kids o CUMPLIR LOS REQUISITOS para recibir comidas gratuitas o a precio reducido, o no tener cobertura de seguro dental privado
- ☐ Sí Deseo que mi hijo(a) reciba **SOLO** un examen dental.
Requisitos: ninguno
- ☐ No **NO DESEO** que mi hijo(a) participe en este programa. ¡Le recomendamos que continúe visitando a su dentista familiar, si tiene uno!

FOTOGRAFÍA DENTAL

Autorizo a SBL Dental Services para tomar fotografías y videos de la cara, las mandíbulas y los dientes del paciente; pueden tomarse antes, durante y después del tratamiento. Las fotografías se utilizarán para lo siguiente: registros dentales, investigación dental, educación dental (incluidas conferencias, seminarios, demostraciones, publicaciones profesionales, materiales impresos para la educación del paciente) y materiales de marketing, incluidos sitios web. Las fotografías y videos que se usen junto con el nombre del paciente o cualquier otra información de identificación se mantendrán confidenciales. No habrá compensación, financiera o de otro tipo, por el uso de estas fotografías.

☐ Autorizo ☐ No autorizo

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO GENERAL Y ACEPTACIÓN DE RESPONSABILIDAD

- Declaro que soy un tutor o representante legal del paciente mencionado en este formulario.
- Declaro que la información que he proporcionado es correcta en la medida de mi conocimiento. Esta información se mantendrá confidencial, y es mi responsabilidad informar a esta oficina de los cambios en el estado médico de mi hijo(a), el estatus de su tutor y su información residencial.
- Reconozco que se me ha brindado la oportunidad de estudiar el aviso conjunto de prácticas de privacidad.
- Entiendo que el programa dental no tiene la responsabilidad de notificar al padre, la madre o el tutor antes del tratamiento dental del estudiante en la escuela.
- Entiendo que la comunicación de lleva a cabo por medio de los documentos que se envían a casa con mi hijo(a).
- Doy mi consentimiento al personal dental para que preste los servicios dentales necesarios que necesitará mi hijo(a). Dicho personal puede incluir a dentistas voluntarios de Sarah Bush Lincoln y a higienistas dentales de salud pública. Este documento también le da permiso al Departamento de Salud Pública de Illinois para realizar auditorías de aseguramiento de la calidad, para lo que evaluará los servicios dentales prestados a su hijo(a) en la escuela. Después de la determinación, este permiso también permitirá que el proveedor repita o reemplace cualquier trabajo dental que se le indique.
- Entiendo que Sarah Bush Lincoln Dental Services a veces debe colaborar con otros centros externos para coordinar el tratamiento, y por este medio autorizo la divulgación de información de salud protegida a esos centros cuando sea necesario para el tratamiento de mi hijo(a).
- Autorizo a Sarah Bush Lincoln Dental Services para divulgar a la escuela de mi hijo(a) toda la información médica protegida necesaria para comprobar la realización del examen dental o el tratamiento médico necesario.
- Autorizo a Sarah Bush Lincoln Dental Services para divulgar a Medicaid de Illinois toda la información médica protegida necesaria para garantizar el pago de beneficios.

Nombre legal del **MENOR**: _____

Nombre

Segundo nombre

Apellido

Fecha de nacimiento

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Edad _____ ¿Con quién vive el paciente? _____

Raza: ☐ Negro ☐ Latino ☐ Asiático ☐ Blanco/no hispano ☐ Multirracial ☐ Otro: _____ ☐ Prefiero no contestar

Nombre legal del **TUTOR** _____

Relación con el paciente: _____

Dirección _____
Calle y número Ciudad Estado Código postal

Proporcione toda su información de contacto:

☐ Teléfono de casa: _____ ☐ Teléfono celular: _____ ☐ Otro teléfono: _____

Idioma preferido: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

Estado civil: ☐ Divorciado ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Viudo

VOLTEE LA HOJA Y RELLENE EL REVERSO →

¿Su hijo(a) tiene un seguro médico privado? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo(a) ES ELEGIBLE para el programa de almuerzos gratuitos o con precio reducido? ☐ Sí ☐ No

¿Su hijo(a) tiene Medicaid/All Kids? ☐ Sí ☐ No Si contestó que sí, número de identificación _____

Contacto para emergencias (distinto a usted):

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Médico de atención primaria del NIÑO: _____

Dentista anterior del NIÑO: _____ Última consulta dental: _____

Antecedentes dentales:

¿El paciente siente dolor O tiene alguna inquietud o pregunta? ☐ Sí ☐ No Explique: _____

¿El paciente ha tenido una lesión o traumatismo en la boca, los dientes o la mandíbula? ☐ Sí ☐ No Explique: _____

¿El paciente tiene ansiedad dental? ☐ Sí ☐ No Explique: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS: MARQUE LA CASILLA SI CORRESPONDE A SU HIJO(A):

Si usted NO marca la casilla en la sección de antecedentes médicos de este formulario, eso indicará que la pregunta o afección médica NO se aplica a su hijo(a). Si marca la casilla y no escribe una explicación, su hijo(a) podría no recibir servicios.

¿Tiene alergias conocidas? ☐ Si marca la casilla, debe explicar: _____

¿Toma medicamentos o suplementos herbales? ☐ Si marca la casilla, debe explicar: _____

Nombre del medicamento:	Dosis:	Frecuencia:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Su hijo(a) se ha sometido a cirugía o ha sido hospitalizado(a)? ☐ Si marca la casilla, debe escribir las operaciones y hospitalizaciones a continuación:

Hospital:	Cuándo:	Motivo:
_____	_____	_____
_____	_____	_____

MARQUE LA CASILLA SI SU HIJO(A) TIENE O HA TENIDO:

☐ Enfermedad/defecto cardíaco congénito	☐ Soplo/enfermedad cardíaca	☐ Anemia
☐ Cirugía cardíaca	☐ Presión arterial alta	☐ Problemas hepáticos
☐ Convulsiones/epilepsia	☐ Fiebre reumática	☐ Diabetes
☐ Problemas de sangrado anormal	☐ Asma/problemas respiratorios	☐ Problemas musculares/articulares/óseos
☐ Hemofilia	☐ Parálisis cerebral	☐ Problemas cutáneos/urticaria/herpes labial
☐ Transfusión de sangre	☐ Problemas de comunicación/aprendizaje	☐ Enfermedad estomacal/intestinal
☐ Problemas glandulares/tiroideos	☐ Trastornos conductuales	☐ Trastornos alimenticios
☐ Cáncer	☐ Autismo	☐ Trastornos de salud mental
☐ Tumores o neoplasias	☐ TDA/TDAH	☐ Abuso de drogas/alcohol
☐ Embarazo	☐ Deficiencias auditivas o visuales	☐ SARM
☐ Hepatitis A, B, C	☐ Rasgo/enfermedad de células falciformes	☐ Movilidad limitada
☐ VIH/SIDA	☐ Problemas renales	☐ Otro: _____
☐ TB/Tuberculosis	☐ Transplante de órgano	

Declaro que la información proporcionada anteriormente es correcta en la medida de mi conocimiento. Esta información se mantendrá confidencial y es mi responsabilidad informar a esta oficina si hay un cambio en los antecedentes médicos de este paciente. Autorizo la divulgación de esta información a proveedores de atención médica adicionales, cuando sea necesario para el tratamiento dental de este paciente.

PARA QUE EL MENOR RECIBA TRATAMIENTO, EL FORMULARIO DEBE SER FIRMADO POR EL TUTOR LEGAL.

Firma del TUTOR : _____ FECHA: _____ HORA: _____

Firma del dentista: _____ Fecha: _____ Hora: _____