



GraceMed

Consentimiento para cuidado dental en la escuela

Nombre de la escuela: _____

Nombre del estudiante: _____ Sexo: __ Masculino __ Femenino

Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Edad: _____ Número de Seguro Social XXX-XX-_____

Nombre del padre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Código postal _____

Correo electrónico: _____

Raza: __ Asiático __ Amerindio/Nativo de Alaska __ Negro/Afroamericano __ Nativo de Hawái __ Otro Pacífico
 __ Caucásico/Blanco __ Más de una raza __ Rechazar especificar

Etnia: __ Hispano/Latino __ No Hispano/Latino __ Rechazar especificar

¿Cuándo fue la última visita dental de su hijo? __ En los últimos seis meses __ En el año pasado __ Hace más de un año __ Nunca

¿Cómo se llama el dentista que consulta? _____

¿Su hijo califica para el programa escolar de almuerzo gratuito/con descuento? Si No

KanCare # 001 _____, Sin seguro

Aseguradora dental privada _____ Número de póliza _____ Número de grupo _____

Nombre del asegurado _____ Nacimiento del asegurado _____ Seguro Social del asegurado XXX-XX-_____

Liste las alergias conocidas:

Condiciones médicas (marque todas las que correspondan)

__ Válvula cardíaca artificial __ Soplo cardíaco __ Trastorno cardíaco congénito __ Autismo
__ Enfermedad cardíaca __ Articulación artificial __ Hepatitis __ TDAH
__ Asma __ Diabetes __ Trastorno convulsivo

Otras condiciones médicas o necesidades especiales de atención médica:

Por favor, liste todos los medicamentos actuales:

¿Su médico ordenó que su hijo tome medicamentos previos (antibióticos) antes de un tratamiento dental? __ No __ Sí
De ser así, para qué condición; ¿y qué medicamento toma su hijo y en qué dosis?

Soy el padre o tutor legal y doy mi consentimiento para que el niño mencionado anteriormente reciba cualquier tratamiento dental que se considere necesario por los higienistas para la prevención de enfermedades dentales. Esto incluye limpiezas, aplicación de barniz de fluoruro, y selladores dentales.

GraceMed tratarán la información de todos sus pacientes como información médica protegida bajo los reglamentos de la HIPAA, intercambiando PHI solo con el personal que empleen y con el edificio/escuela responsable por el tratamiento médico y/o revisión de registros. La información de la participación de mi hijo en este evento especial será utilizada anónimamente con fines estadísticos.

La información anterior es verdadera a mi leal saber.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____