KONZA PRAIRIE Community Health Center

LOCATIONS

Junction City
361 Grant Avenue
Junction City, KS 66441
Clinic: 785.238.4711
Pharmacy: 785.579.6146
Medical: 866.309.8893
Dental: 877.671.5661
Pharmacy: 866.533.3613

Manhattan
222 North 6th
Manhattan, KS 66502
Clinic: 785.320.7134
Pharmacy: 785.706.9833
Medical: 866.807.7393
Dental: 866.534.5933
Pharmacy: 866.562.9957

Chapman
111 East 5th Street
Chapman, KS 67431
Clinic: 785.922.6308
Medical: 866.309.8893

FAVOR LLENARLO COMPLETAMENTE

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE FLUORURO

***INFORMACION DEL ESTUDIANTE:**

Primer Nombre																			
Apellido																			

Seguro Social _____ Grado _____ Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

Género: □ Masculino □ Femenino Escuela _____

Ciudad/Estado _____ Maestro _____

***ETNICIDAD DE MI HIJO ES**: □ Amerindio/Nativo de Alaska □ Asiático □ Afroamericano □ Caucásico □ Nativo de Hawái/Isla del Pacifico □ Otro

***LA ETNIA DE MI HIJO ES:** □ Hispano □ No Hispano

***FAVOR ESCOGER LAS QUE SON APLICABLES A SU NIÑO:**

_____ Mi niño no tiene seguro/aseguranza dental.

_____ Mi niño está cubierto bajo KanCare # _____

_____ Mi niño tiene seguro/aseguranza dental privado. **(Favor llenar completamente)**

Nombre del titular en la tarjeta: _____ Fecha nac del Titular en la tarjeta: _____

Relación con el estudiante: _____ # Seguro Social del titular en la tarjeta: _____

Nombre del Seguro/aseguradora dental: _____

Dirección del seguro/aseguranza dental: _____ Ciudad/Estado: _____

Póliza #: _____ Grupo#: _____

Número de teléfono detrás de la tarjeta de seguro dental: _____

KPCHC cubre el costo de los servicios, pero requiere toda la información disponible del seguro/aseguranza dental para fines de facturación. Usted no será responsable de pagar ninguna parte de estos servicios, pero si tiene seguro/aseguranza dental, se le facturara a su compañía de seguros/aseguranza. Al firmar abajo, autoriza a KPCHC a divulgar la información requerida por su seguro dental, necesario para el proceso de reclamos y autorice el pago directo a KPCHC. Favor revisar con su seguro dental sobre la cobertura de las aplicaciones de fluoruro si escoge divulgar esta información. Confirmo que la información de salud es verdadera en lo mejor de mi conocimiento y contactare a la escuela lo más pronto posible si existe algún cambio. El personal de KPCHC tratara toda la información de salud confidencial (PHI por sus siglas en inglés), bajo las regulaciones de HIPPA, intercambiando PHI solo con el personal empleado por KPCHC y de la escuela/instalación quien es responsable por el tratamiento médico y/o revisión de registros. Al firmar abajo, estoy de acuerdo y entiendo.

KONZA PRAIRIE Community Health Center

LOCATIONS

Junction City
361 Grant Avenue
Junction City, KS 66441
Clinic: 785.238.4711
Pharmacy: 785.579.6146
Medical: 866.309.8893
Dental: 877.671.5661
Pharmacy: 866.533.3613

Manhattan
222 North 6th
Manhattan, KS 66502
Clinic: 785.320.7134
Pharmacy: 785.706.9833
Medical: 866.807.7393
Dental: 866.534.5933
Pharmacy: 866.562.9957

Chapman
111 East 5th Street
Chapman, KS 67431
Clinic: 785.922.6308
Medical: 866.309.8893

"Doy mi consentimiento para asistencia médica profesional de servicio dental en KPCHC. Todos los servicios son voluntarios, coerción prohibida y no se requiere ningún prerrequisito. No hay, ningunas ordenes de la corte que me prohíba firmal este documento de consentimiento. Yo aquí pido y autorizó la asistencia médica y del personal para proveer los servicios necesarios para el niño nombrado arriba."

***INFORMATION DEL PADRE/TUTOR LEGAL:**

Firma	Fecha Nac:
Primer Nombre	
Apellido	
Dirección	
Tel de Día/Diurno	Fecha:

Solo para uso de datos de UDS: los padres o tutores deben completarlo:

Número de personas en el hogar:_____

Ingresos brutos anuales del hogar: $_____