

# PROGRAMA DENTAL ESCOLAR

## Formulario de Consentimiento y Registro del Paciente

### Servicios dentales disponibles sin costo

Los estudiantes reciben una evaluación dental, barniz de flúor y una limpieza dental.

Los selladores dentales se aplican en molares permanentes para quienes lo necesitan (generalmente mayores de 6 años).  
*Este programa no reemplaza a su dentista regular y es ideal para niños que no han visto a un dentista en los últimos seis meses.*

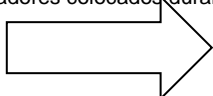
**Información del paciente:** ESCRIBIR CON LETRA DE MOLDE (Todos los puntos se refieren al niño para el cual está dando su consentimiento para que reciba servicios dentales).

**Si NO se desean servicios dentales: Encierre NO aquí en un círculo y solamente escriba con letra de molde el nombre y grado/maestro.**

NOMBRE DEL NIÑO: APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NÚM. DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN (POSTAL)	CIUDAD	CONDADO	ESTADO    CÓDIGO POSTAL
____/____/____ FECHA DE NACIMIENTO	ESCUELA	GRADO/MAESTRO	
NOMBRE DE PADRE/MADRE/TUTOR		RELACIÓN CON EL NIÑO	
TELÉFONO CASA <input type="radio"/>	TELÉFONO CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	

### **CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DENTALES - ¡DEBE FIRMAR PARA QUE VEAMOS A SU HIJO!**

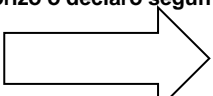
Por mi propia voluntad, doy mi consentimiento para el cuidado dental, que puede incluir un examen dental, fluoruro, limpieza y selladores, proporcionados a mi hijo por un higienista dental de NKY Health o agentes de este departamento de salud. Las enfermeras tituladas de NKY Health pueden proporcionar exámenes dentales y fluoruro únicamente. Entiendo que no se está dando ninguna garantía sobre el efecto de cualquier examen o tratamiento que mi hijo reciba. También entiendo que se le puede hacer a mi hijo una prueba de infección por VIH, hepatitis B o cualquier otra enfermedad transmitida por la sangre o líquidos corporales si un trabajador de la salud es expuesto a la sangre, los líquidos corporales o tejidos de mi hijo. Este formulario, cuando está firmado y completado, contiene información médica protegida y la información debe ser protegida de acuerdo con la Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de los Seguros Médicos (HIPAA). Con mi firma abajo acuso recibo del **“AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD”** del Departamento de Salud del Norte de Kentucky que está disponible en [www.nkyhealth.org](http://www.nkyhealth.org) o en la dirección de la escuela. Entiendo que no hay ningún dentista presente para los procedimientos dentales, y los higienistas dentales de salud pública están trabajando bajo la supervisión de Jack Lenihan, DMD. Estos servicios no reemplazan las visitas regulares al dentista, y todos los niños serán remitidos a su propio dentista para que reciban un examen completo. También entiendo que mi hijo podría recibir fluoruro 2 veces durante el año escolar y que se podría revisar la retención de los selladores colocados durante el siguiente año escolar.



\_\_\_\_\_  
**Firma del padre/madre/tutor u otra persona autorizada**      **Fecha**  
 (Se vence 1 año después de la fecha de la firma)

### **SI SU HIJO TIENE MEDICAID – ¡SE NECESITA UNA FIRMA ADICIONAL!**

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Solicito que el pago de los beneficios de seguro médico autorizado se realice en mi nombre al Departamento de Salud del Norte de Kentucky por los servicios que recibió mi hijo. También autorizo al departamento de salud local a divulgar información médica sobre mi hijo a Medicare, al seguro y a otros terceros pagadores para determinar el pago de los servicios. Esto constituye un permiso para divulgar información médica sobre enfermedades de transmisión sexual, si corresponde, a terceros pagadores de conformidad con KRS 214.420. **He leído lo anterior y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. Entiendo la declaración anterior que se aplica a mí y a mi hijo. Mi firma a continuación indica que doy mi consentimiento, autorizo o declaro según lo establecido.**



\_\_\_\_\_  
**Firma del padre/madre/tutor u otra persona autorizada**      **Fecha**

**Si su hijo está inscrito en Medicaid, es responsabilidad suya proporcionar un número de Medicaid. Debemos presentar una reclamación a Medicaid para recibir el pago.**

**NÚMERO DE MEDICAID DE 10 DÍGITOS** \_\_\_\_\_

Encierre en un círculo su tipo de Medicaid:      AETNA    WELLCARE    PASSPORT    HUMANA    ANTHEM

## **INFORMACIÓN MÉDICA – SE DEBE LLENAR TODO:**

Médico del niño: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dentista del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de cualquier cita dental programada: \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita dental (encierre en un círculo):    NUNCA                      6 MESES O MENOS                      MÁS DE 6 MESES

¿Su hijo tiene alguna alergia a comidas o medicamentos (encierre en un círculo)?    Sí    No    En caso afirmativo, indique: \_\_\_\_\_

Indique CUALQUIER medicamento que tome su hijo (incluya medicamentos de venta libre o medicamentos a base de hierbas): \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo ALGUNA enfermedad, dolencia, afecciones incluyendo TDAH, asma, afecciones cardíacas, diabetes o enfermedades contagiosas?  
 Sí    No

**Por favor explique:**

## **DEMOGRAFÍA - SE DEBE LLENAR TODO:**

SEXO (Marque uno)

Femenino

Masculino

RAZA (Marque uno o más)

W) Blanco

B) Negro o afroamericano

N) Indio Americano o nativo de Alaska

A) Asiático

H) Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico

ORIGEN ÉTNICO (Marque uno)

Y) Hispano o latino

N) No hispano ni latino

## **FINANCIERO - : SE DEBE LLENAR TODO:**

¿Actualmente su hijo tiene cobertura con Medicaid?                      Sí                      No

¿Actualmente su hijo tiene cobertura con un seguro dental privado?                      Sí                      No

¿Está inscrito su hijo en KTAP?                      Sí                      No

¿Está inscrito su hijo en el Programa de Cupones de Alimento (SNAP)?                      Sí                      No

Número de personas en el hogar \_\_\_\_\_ Ingresos anuales del hogar \$ \_\_\_\_\_

**Medicaid** – Si su hijo está inscrito y es elegible para recibir Medicaid, es responsabilidad suya proporcionar un número de Medicaid. Debemos presentar una reclamación a Medicaid para recibir el pago.

**Sin Medicaid** – Se proporcionarán los servicios a su hijo sin costo alguno para usted **SI** han pasado por lo menos **6 meses** desde su última visita dental.

**Devuelva el formulario al maestro del salón de clases de su hijo, a la enfermera de la escuela o a la persona encargada de recursos familiares.** Comuníquese con Linda Poynter al 859-363-2035 o

[linda.poynter@nkyhealth.org](mailto:linda.poynter@nkyhealth.org) si tiene alguna pregunta.

NKY Health ha brindado servicios dentales en nuestras escuelas durante 14 años.

**\*\*\*\* VER DORSO DEL FORMULARIO Y COMPLETAR\*\*\*\***