FHC SMILES PROGRAMA DENTAL GRATIS EN SU ESCUELA
Formulario de Consentimiento 2020-2021

El Programa FHC Smiles estará ofreciendo **SERVICIOS GRATIS** en la escuela de su hijo.

No habrá ningún costo para usted o para la escuela por estos servicios.

FHC cobrará a Medicaid o KanCare por los servicios. Su hijo es elegible si tiene KanCare / Medicaid o si califica para un almuerzo gratuito o reducido. Si su hijo tiene un seguro dental privado (por ejemplo, Delta) NO es necesario participar en este programa.

Las Políticas de proteger contra la discriminación y garantizar la privacidad de de HIPAA se pueden encontrar en el sitio web de la escuela o de FHC Smiles.

Escuela: _____ Grado del Estudiante: _____Maestro/a: _____
Nombre legal del niño: _____
Fecha de nacimiento: _____ Masculino _____ Femenino_____
Medicaid / KanCare #: _001 _____ Circule al Proveedor: United Healthcare / Sunflower/ Aetna
Usa el Programa de almuerzo reducido / GRATUITO: SÍ o NO ¿Su hijo NO tiene seguro dental?_____
Número de Seguro Social del niño: _____
Nombre del padre / madre: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____
Número de teléfono: _____ Número de teléfono alternativo: _____
Raza: (Por favor circule lo que corresponda) Blanco Asiático Hispanoamericano Indio Americano/Alaska Nativo Nativo Hawaiano / Isleño del Pacífico Afroamericano
Etnia: (Por favor circule lo que corresponda) Hispano/Latino No Hispano/Latino

HISTORIA DE SALUD

¿Tiene su hijo un dentista? SÍ o NO Nombre del dentista: _____
¿Cuándo fue la última vez que su hijo vio a un dentista? (Circule uno) 6 meses 1 año Más que 1 año Nunca
¿Tiene su hijo alguno de los siguientes:

___ Problemas dentales recientes
___ Asma o silbidos
___ Problemas de comportamiento
___ ADHD/ADD
___ Autismo/Trastorno del espectro
___ Diabetes
___ Problemas cardíacos (Describa)
___ SE NECESITA ANTIBIOTICOS ANTES DEL TRATAMIENTO

____ Células falciformes
____ Desmayos/convulsiones/epilepsia
____ Problemas hepáticos/hepatitis
____ HIV/AIDS :
____ Tuberculosis (TB)
____ Problemas renales
____ Hemofilia/problemas de sangrado

LISTA DE ALERGIAS: _____
_____
MEDICAMENTOS que actualmente toma
_____
_____
NOMBRE del médico y la farmacia:
_____

OTRAS Condiciones Médicas NO listadas: _____

El equipo FHC Smiles Dental Outreach ofrece tratamiento dental a su hijo mientras está en la escuela. Si hay servicios (listados)a continuación que **NO DESEA** que nosotros proporcionemos, indique aquí:

_____

El estado de Kansas y los profesionales dentales que ofrecen este programa están dedicados a mejorar la salud oral de su hijo. Después de que su hijo reciba tratamiento, recibirá un informe que se indicará qué servicios recibio junto con una referencia dental si es necesario.

La participación en este evento especial puede ser utilizada de forma anónima para las estadísticos del Instituto Nacional de Salud e Información que lo identifique que nunca se divulgará de ninguna forma o publicación. Está dando su consentimiento para una fotografía que se puede estar usado en la television, impresa o web. Consentimiento voluntario y sin indemnización.

GRATIS

Nuestros servicios incluyen: limpieza, selladores, rellenos, y tratamiento fluoruro.

Soy el padre/madre/custodio y doy mi consentimiento para que el niño mencionado reciba cualquier tratamiento dental que el dentista o higienista considere necesario para la prevención y tratamiento de enfermedades dentales. Esto incluye exámenes, radiografías, limpiezas, barnices de fluoruro, selladores dentales, empastes, extracciones de dientes de leche infectados, pulpotomías y adormecimiento de la boca y los dientes. Este consentimiento es válido para los años escolares 2019-2020, ya que FHC puede proporcionar atención dental en la escuela en varias fechas a lo largo del año escolar. Entiendo que toda la información del paciente está protegida y solo se intercambiará con el personal empleado por Southwest Boulevard Family Health Care y la escuela. La información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Si ocurre algún cambio durante el año escolar, me pondré en contacto con FHC. Autorizo a FHC a divulgar la información necesaria para procesar reclamaciones de seguros y autorizo el pago directamente a FHC.

Firma de Padre/Madre: _____ Fecha: _____