

# SONRISAS DE UNIVERSAL... "dando sonrisas a todos los niños"



## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DENTAL

Universal sonrisas se ha asociado con su escuela para proporcionar servicios dentales en el sitio. El equipo dental, encabezado por un dentista con licencia proporcionará los siguientes servicios, tal como se indica: examen dental, limpiezas, tratamiento con flúor y sellantes (si es necesario). Los sellantes son una capa protectora de plástico colocados sobre las superficies masticatorias de los molares permanentes que no parecen decaídas. Agujas y anestesia nunca se utiliza. Este programa no ofrece servicios de restauración (rellenos) o extracción de dientes. Se comunicará con usted si su hijo requiere cualquier servicio adicional. Te animamos a participar, especialmente si su hijo no tiene un dentista regular. Vamos a mejorar la salud oral de su hijo!

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ hombre \_\_\_\_ mujer \_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Grado del estudiante \_\_\_\_\_

Nombre del padre o guardián: \_\_\_\_\_ teléfono # \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Estado postal de la ciudad

TARJETA MEDICO ID #: \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL PLAN DE MEDICO: \_\_\_\_\_

Si su hijo está cubierto por un seguro dental privado por favor lo siguiente:

Nombre de seguro Dental privado: \_\_\_\_\_ Seguro teléfono # \_\_\_\_\_

Nombre de la persona cubierto: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de seguridad o número de identificación de la persona asegurada: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_

Nombre de empleador: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN MÉDICA:

¿Su niño ha tenido historia de, o algunas condiciones que se enumeran a continuación? Sí / NO (IF condición del círculo sí)

Diabetes convulsiones actualmente tiene un soplo en el corazón asma Anemia cáncer

Hepatitis fiebre reumática enfermedad cardíaca arterial enfermedad auditiva epilepsia tiroides

❖ ¿Su hijo está a tomando algún medicamento? Si responde sí, indíquelos: \_\_\_\_\_

❖ ¿Su hijo tiene alguna alergia? Si responde sí, indíquelos: \_\_\_\_\_

❖ ¿Cualquier otra médica relacionada con las condiciones? En caso, por favor enumere: \_\_\_\_\_

❖ ¿Su niño alguna vez sufrió lesiones en la boca, cabeza o dientes? Sí / NO

Como el padre o guardián lo anterior nombrado hijo, doy mi consentimiento para que mi hijo participa en el programa dental y recibir exámenes de calidad. Autorizo al dentista el seguro de mi hijo o pupilo. Medicad o todos los niños número para fines de facturación. Este consentimiento es válido para 12 meses. Entiendo que si no firmo este formulario mi hijo no recibirá los servicios dentales bajo este programa.

FIRMA DEL PADRE O GUARDIÁN: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

HISTORIA CLÍNICA REVISADO POR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Podemos tal vez tomamos fotos de las sonrisas de los estudiantes para el uso en nuestro sitio de internet y la literatura. ¿Usted da su consentimiento? SI \_\_\_\_ No \_\_\_\_