

Si su hijo tiene un dentista, NO complete este formulario
Sírvese llenar y devolver **INMEDIATAMENTE** a la escuela de su hijo
por favor imprime claramente

Nombre de la escuela: _____ Grado: _____ Maestro: _____
 Nombre del niño: _____ Sexo: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
Nombre Inicial del Segundo nombre Apellido
 Nombre de los padres: _____ Teléfono: (____) _____ - _____
 Dirección: _____ Teléfono celular: (____) _____ - _____
Dirección , Apt. #, Lot # Ciudad Código postal
 correo electrónico: _____ Hijo de trabajador migrante: Sí / No

Origen étnico / racial:
 Circule todo lo que corresponda: Afroamericano Árabe/Caldeo Asiático/Isleño del Pacífico Hispano Nativo americano Blanco/Caucásico

Para recibir servicios dentales debe llenar esta parte:

Si obtienen servicios dentales en otro lugar, puede afectar los beneficios que su hijo recibe de seguros privados, un programa estado o federal, o un proveedor terceros.

Número de ID de Medicaid/Healthy Kids Dental del niño: _____ Núm. de Seguridad Social del niño _____
 ¿Cuántas personas viven en su casa? _____ ¿Cuál es su ingreso familiar **por mes** antes de impuestos? \$ _____

ANTECEDENTES DE SALUD

¿Ha recibido todas las vacunas? Sí / No Fecha del último examen dental: _____ Dentista o consultorio dental que prestó servicios dentales en los últimos 12 meses: _____

Marque cada afección que corresponde a la situación de su hijo

			Sí	No
<input type="checkbox"/>	Reflujo ácido/Enfermedad de reflujo gastroesofágico (GERD por sus siglas en inglés)	Enfermedad cardíaca		
<input type="checkbox"/>	Trastorno de déficit de la atención (ADD por sus siglas en inglés)/Trastorno de déficit de la atención e hiperactividad (ADHD por sus siglas en inglés)	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Anemia	Hepatitis/Enfermedad del hígado		
<input type="checkbox"/>	Articulaciones artificiales	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Asma	Enfermedad de los riñones o la vejiga		
<input type="checkbox"/>	Autismo	Marcapasos/Dispositivos implantados		
<input type="checkbox"/>	Trastornos hemorrágicos	Embarazada, Lactando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Parálisis cerebral	Atención psiquiátrica/psicológica		
<input type="checkbox"/>	Sinusitis crónica	Tratamiento con radiación/quimioterapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Enfermedad o defecto cardíaco congénito	Fiebre reumática		
<input type="checkbox"/>	Convulsiones	Tratamiento con esteroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Cirugía dental - Fecha: _____	Toma anticonceptivos actualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Diabetes	Tuberculosis/enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Discapacidad	Tiroides		
<input type="checkbox"/>	Epilepsia	Tumores, cáncer		
<input type="checkbox"/>	Audición	Otra: _____		
<input type="checkbox"/>	Ataque cardíaco o Apoplejía			
		¿El niño está siendo atendido por un médico debido a alguna condición médica? Si es así, ¿qué condición médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		¿Su hijo está tomando algún medicamento? Si contesta "Sí", indique el medicamento y la razón por la cual lo toma:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		¿Han hospitalizado alguna vez a su hijo? Indique la razón y la fecha:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		¿Su hijo tiene alguna alergia a fármacos, alimentos o al látex? Indique cuáles:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		¿Su hijo tiene algún trastorno cognitivo/emocional? Si es así, por favor explique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		¿Toma su hijo una medicación previa para procedimientos dentales? Si es así, ¿qué?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Por favor, proporcionar detalles adicionales sobre la salud de su hijo:		

Mediante este documento otorgo al Ottawa County Department of Public Health (Departamento de Salud Pública del Condado de Ottawa, OCDPH) autorización para prestar todo tipo de servicios odontológicos a mi hijo, incluidos el uso de óxido nítrico, radiografías, profilaxis (limpieza), sellantes, flúor, obturaciones, pulpotomía (tratamiento del nervio de un diente temporal), coronas de acero inoxidable o extracciones. Asimismo otorgo permiso para que estudiantes de odontología, de higiene dental y/o de asistencia dental, bajo la supervisión directa de un profesional odontológico licenciado, proporcionen servicios odontológicos a mi hijo. Comprendo que cabe la posibilidad de que se realice a mi hijo una prueba del VIH o hepatitis sin mi consentimiento en caso de que un empleado o un proveedor odontológico del OCDPH sufra una lesión por pinchazo de aguja, o haya estado expuesto a la sangre o los fluidos corporales de mi hijo a través de las membranas mucosas o heridas abiertas. En caso de emergencia, autorizo que un adulto busque atención médica para mi hijo. Doy permiso para que un empleado de la escuela traslade a mi hijo al centro médico designado por el OCDPH.

Este consentimiento tiene vigencia de un año a partir de la fecha de la firma. Certifico que la información anterior es cierta y correcta, a mi leal saber y entender. Por la presente autorizo al OCDPH a verificar la información que antecede. **Sírvese informarnos de cualquier cambio en los antecedentes médicos llamando al 800-467-5905.** Entiendo que de haber proporcionado información falsa, podría descalificar a mi hijo para la obtención de servicios odontológicos. Certifico que otorgo mi pleno consentimiento para fotografiar, filmar y/o entrevistar a mi hijo en la unidad odontológica móvil de Miles of Smiles. También otorgo pleno consentimiento para que dichas fotografías, grabaciones de video y/o entrevistas sean publicadas, ya sea para uso de organismos de salud, para presentación de noticias en los medios de comunicación. Los archivos estarán a la disposición de escuelas, programas Head Start, consultorios odontológicos, clínicas, agencias de salud, programas de asistencia y su plan de seguro de salud, según lo soliciten. Me han informado que el Aviso de privacidad de la HIPAA está disponible en la página web del condado www.miottawa.org/dental. También puedo solicitar una copia del Aviso de privacidad de la HIPAA llamando al **616.494.5540**.

Firma del padre, de la madre o del tutor legal

Parentesco

Fecha