**Consentimiento para Tratamiento**

**¡Fantásticas Noticias!!!**



**Su hijo/a puede recibir los siguientes SERVICIOS DENTALES en la escuela:**

Examen Dental y Diagnóstico Sellantes Dentales Radiografías Dentales

Limpiezas dentales y tratamiento con Fluoruro Instrucciones sobre Higiene Oral

Extracciones Rellenos y Odontología Restaurativa

Posible uso de anestesia local ("Novocaína") para rellenos

Esta **No** es una clínica dental gratuita. Formas de pago se presentan en la página 2

**Por favor marque una de las casillas**

**SI,** doy permiso para que mi niño/a participe en la clínica dental de la

escuela.

**NO** doy permiso para que mi niño/a participe. **¡No complete esta forma! Gracias**

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

CLÍNICA DENTAL INFANTIL PORTÁTIL

DEL CONDADO DE ALAMANCE

1914 McKinney Street

Burlington, NC 27217

336-570-6415

# INFORMACIÓN DEL PACIENTE **Por favor llene todas las secciones.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Niño/a: \_\_/\_\_/-\_\_/\_\_/-\_\_/\_\_/\_\_/\_\_ Género: \_\_\_\_ Femenino/ \_\_\_\_ Masculino

Nombre de la escuela Grado (Mes/Día/Año)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Cuál es la raza de su hijo? **🞏** Asiático/ **🞏** Indio NativoAmericano/AlaskaPrimer nombre del Niño/a Apellido **🞏** Negro /Afro-Americano/ **🞏** Mestizo/ **🞏** Otra/ **🞏** Blanco

**🞏** Nativo de Hawái /Isleño Pacífico/ ¿Etnicidad Hispana? Si \_\_\_ No\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio: Número Calle # de Apto. Ciudad Estado Código Postal

INFORMACIÓN DEL PADRE O TUTOR

Nombre del Tutor/Padre/Madre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_¿Qué idioma hablan los padres? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El mejor número para contactar a los padres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otro número para contactar a los padres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Circule uno: casa, celular, o trabajo)

Correo electrónico de los Padres ­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# INFORMACIÓN MÉDICA **Por favor marque SI o NO a las preguntas en esta sección.**

¿Su hijo/a ha visitado un dentista durante el último año? **🞏 SI / 🞏 NO**

Si responde Si, por favor escriba el nombre del dentista y fecha de la visita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_

¿Su hijo/a recibe chequeo médico de rutina**? 🞏 SI / 🞏 NO**

Nombre del Doctor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de Teléfono del Doctor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección del Doctor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Su hijo/a sufre de **alergias**? **🞏 SI / 🞏 NO**

Descríbalas si contesta que si: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Su hijo/a necesita **antibióticos** antes de recibir tratamiento dental? **🞏 SI / 🞏 NO**

Por favor explique si contesta que si: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Toma regularmente **medicamentos su hijo/a**?  **🞏 SI / 🞏 NO**

Nómbrelos si contesta que si: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Su hijo/a padece de alguna **discapacidad del desarrollo o autismo**? **🞏 SI / 🞏 NO**

Por favor explique si contesta que si: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Por favor marque SI o NO para cada condición:**

**🞏 S / 🞏 N** SIDA/ Síndrome RAC/VIH **🞏 S / 🞏 N** Asma **🞏 S / 🞏 N** Defectos de Nacimiento

**🞏 S / 🞏 N** Trastornos Sanguíneos **🞏 S / 🞏 N** Parálisis Cerebral **🞏 S / 🞏 N** Enfermedad Cardiaca Congénita

**🞏 S / 🞏 N** Diabetes **🞏 S / 🞏 N** Epilepsia/Convulsiones **🞏 S / 🞏 N** Episodios de Desmayo

**🞏 S / 🞏 N** Prótesis Valvular Cardíaca **🞏 S / 🞏 N** Hepatitis **🞏 S / 🞏 N** Soplo del Corazón

**🞏 S / 🞏 N** Problemas de Habla/Audición **🞏 S / 🞏 N** Presión Arterial Alta **🞏 S / 🞏 N** Fiebre Reumática

**🞏 S / 🞏 N** Trastorno Renal **🞏 S / 🞏 N** Tuberculosis **🞏 S / 🞏 N** Prótesis articulares

**🞏 S / 🞏 N** Problemas Emocionales/Comportamiento **🞏 S / 🞏 N** Otras: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

INFORMACIÓN SOBRE SEGURO DE COBERTURA



**No tiene que tener seguro de cobertura para participar.**

**🞏 MEDICAID Número de ID:** \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

\_\_

**🞏 Auto Pago** Los padres de niños sin seguro de cobertura necesitarán proporcionar información del ingreso completo de la familia y pagar según el ingreso de la familia. Llame a nuestra oficina para informarle 336-570-6415.

**🞏 Seguro Dental** Número de Identificación del Titular de la Compañía Aseguradora Dental o Número de Seguro Social:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Si su niño tiene cobertura de seguro dental, los servicios dentales serán cobrados a la compañía aseguradora directamente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía Aseguradora Dental Privada Nombre del Titular del Seguro Dental

*(Primer Nombre, Inicial del 2ndo Nombre y Apellido)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_/\_\_\_/ - \_\_\_/\_\_\_/ -\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Dirección de la Compañía Aseguradora *(Ciudad, Código postal Estatal)* Fecha de Nacimiento del Suscriptor *(mes / día / año)*

( \_\_ \_\_ \_\_ ) - \_\_ \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de la Compañía Aseguradora Nombre del Empleador del Suscriptor

DETALLES DEL TRATAMIENTO **El programa dental está disponible a todos los estudiantes hasta 5to grado.**

Los servicios son proporcionados por un dentista con licencia, higienista con licencia y asistentes dentales con certificación. En algunos casos, estudiantes de odontología pueden acompañar a los dentistas profesionales para proporcionar servicios educativos y preventivos.

**Algunos** pacientes pueden necesitar tratamiento adicional o servicios de especialidad por lo cual tendrán que ser referidos a nuestra oficina o a un proveedor dental en su comunidad. **La necesidad de referir** depende tanto de la extensión de la enfermedad dental como del comportamiento del paciente. Si su hijo es referido por favor llame a nuestra oficina para programar una cita al 336-570-6415.

**Consentimiento informado** indica que Ud. ha sido informado y esta consciente de la información necesaria para poder tomar una decisión personal informada sobre el tratamiento dental del paciente. A la mayoría de los pacientes no se les presenta ninguna dificultad con sus tratamientos. En raras ocasiones, el paciente puede experimentar cierta molestia o dolor. Si el paciente presenta alguna resistencia al procedimiento dental, descontinuaremos el tratamiento.

La técnica **de Informar-Demostrar-Hacer** se utiliza frecuentemente para ganar la cooperación y confianza del paciente. El dentista o asistente explica lo que va hacer y después demuestra lo que va hacer con los instrumentos usando un modelo. El dentista o asistente hace todo el esfuerzo en ser un compañero de cuidado con el paciente y la familia logrando que la visita dental sea agradable e informativa.

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR **Por favor lea cuidadosamente y firme abajo.**

* Comprendo que este consentimiento se mantendrá en efecto únicamente mientras mi hijo/a asista a una escuela primaria del Sistema Escolar de Alamance / Burlington “ABSS.” Por favor Contacte la Clínica Dental del Condado de Alamance si cambia de domicilio al 336-570-6415.
* La mayoría de los pacientes recibirán un examen, plan de tratamiento, radiografías, limpieza dental, fluoruro, y sellantes dentales durante la primera visita. Si existe necesidad de tratamiento; un plan de tratamiento y un formulario de consentimiento serán enviados a casa. El formulario de consentimiento debe ser firmado y regresado. Al regresar el formulario de consentimiento, se programará una 2ª visita para restauraciones, extracciones, y/u otros tratamientos indicados. Cualquier tratamiento no terminado durante el año escolar podrá ser realizado en nuestra clínica dental. Si el tratamiento no se ha terminado por favor llame a nuestra oficina para programar una cita al 336-570-6415.
* Comprendo que se aplicarán sellantes (capas protectoras) en los dientes de mi hijo/a. Estas se podrán revisar y aplicar de nuevo el próximo año según sea necesario.
* Es mi responsabilidad como tutor/padre/madre de informar al dentista o asistente sobre cualquier cambio en la información de salud de mi hijo/a.
* Comprendo que la información de la salud dental de mi hijo/a puede ser compartida con la enfermera de la escuela o persona designada de la salud oral y que esta se mantendrá confidencial.
* Copia del Aviso sobre Prácticas de Privacidad está disponible si deseo solicitarla.
* Comprendo que este programa puede utilizar la información de salud de mi hijo/a solamente para el tratamiento, pago, procedimientos de cuidado de salud y evaluaciones del programa.
* Si tengo cobertura aseguradora dental, autorizo a mi plan asegurador que pague por cualquier de los servicios provistos.

Al firmar abajo, reconozco que he leído y comprendo la información sobre el programa dental. Mi hijo/a no tiene un dentista regular, y doy mi

permiso para que mi hijo/a participe en este programa dental.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Niño/a Relación con el/ la Niño/a Fecha de hoy

**X**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma** del Padre/Madre o Tutor Legal **Nombre y Apellido** en letra de Imprenta del Padre/Madre o Tutor Legal