

INFORMACION ADICIONAL

¿Su hijo(a):

- Sí No ¿Necesita o usa más tratamiento médico que otros niños de su misma edad?
- Sí No ¿Tiene problemas haciendo cosas que la mayoría de los niños su edad pueden hacer?
- Sí No ¿Necesita o recibe terapia especial, como terapia física, ocupacional o del habla?
- Sí No ¿Necesita apoyo o tratamiento por problemas de comportamiento, emocionales o retrasos en caminar, hablar o en hacer actividades que otros niños de su misma edad pueden hacer?

Si ha marcado SI a cualquiera de las preguntas arriba:

- Sí No ¿Ha durado o se espera que dure este problema por lo menos 12 meses?

Numero de miembros en la casa	200% Umbral de FED
<input type="checkbox"/> 1	\$23,760
<input type="checkbox"/> 2	\$32,040
<input type="checkbox"/> 3	\$40,320
<input type="checkbox"/> 4	\$48,600
<input type="checkbox"/> 5	\$56,880
<input type="checkbox"/> 6	\$65,160

OHP FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA CUIDADO DENTAL

Habiendo leído la información adjunta a esta forma y habiendo completado el historial médico de manera exacta, yo por lo presente doy consentimiento a _____ (paciente) para participar en el programa preventivo y restaurativo dental conducido por el equipo dental de OHP. Este paciente no tiene seguro privado para cubrir su tratamiento.

Yo entiendo que excepto en situaciones donde, en la discreción razonable del Dentista, tratamiento inmediato es necesario para tratar dolor o tejido infectado o por otra razón que a juicio del Dentista requiera tratamiento inmediato, la visita inicial del paciente consistirá de rayos-x, evaluación diagnóstica, limpieza y colocación de sellantes. En el evento que, en la opinión del dentista, tratamiento inmediato sea requerido en la visita inicial, yo seré contactado en el número abajo y dado explicación completa de los procedimientos, los riesgos implicados, el tratamiento alternativo y las consecuencias si el tratamiento no es aceptado. Por medio de este documento, yo acepto recibir la información oralmente para facilitar el tratamiento pronto de mi hijo(a).

Yo entiendo que en la mayoría de las circunstancias antes de cualquier tratamiento adicional, una forma de consentimiento será enviada a mí y que yo estaré requerido a venir al sitio del OHP con el propósito de recibir una explicación de los procedimientos que serán seguidos por el OHP antes de que esos servicios sean realizados.

Yo entiendo que si el paciente no coopera durante el procedimiento dental con movimiento de la cabeza, brazos, y/o piernas al grado que el tratamiento dental no puede ser proveído de manera segura, tal vez sea necesario que los asistentes agarren las manos del paciente, establezcan la cabeza y/o controlen los movimientos de las piernas a la dirección del dentista.

Estoy de acuerdo en buscar cualquier seguimiento clínico que mi hijo/a necesite de un dentista local, doctor o sala de emergencia. **OHP no es un hogar dental y no ofrece atención especializada (es decir, ortodoncia, cirugía oral, dentaduras/parciales).**

Yo entiendo que si mi hijo(a) falla a una cita o cancela dentro de veinticuatro (24) horas, no será visto en OHP por un periodo de un (1) año.

Yo también concedo a OHP el derecho de utilizar la foto, voz y/o una representación de parecido físico de mi hijo(a) en conexión con publicidad o haciendo público sus actividades en todas formas de medios en la perpetuidad.

En consideración de los servicios dentales a ser provistos y al ser notado como explicado en esta forma, yo, por mí mismo y el paciente, y cualquiera permitido a reclamar por mí, por lo presente renuncio y libero al Brown County Oral Health Partnership, el Howe Resource Center, las escuelas públicas de Green Bay, Salvation Army Kroc Center, la iglesia y la escuela de Redeemer Lutheran, dentistas voluntarios y pagados, las higienistas dentales, asistentes dentales, o cualquier persona u organización trabajando por su parte o servicio voluntario en este programa de cualquier obligación que surja por mi aceptación de tal cuidado, incluyendo pero no limitándose a, médico, quirúrgico, dental, u otro consejo de cuidado de salud, siempre que tal cuidado es dado de manera consistente con servicios médicos/dentales razonablemente aceptados y este acuerdo.

He leído lo siguiente y he tenido la oportunidad para que se contesten todas mis preguntas. En el evento de que yo tenga preguntas adicionales, entiendo que se me pueden contestar las preguntas antes de completar esta forma al contactar a OHP al **(920) 965-0831**. Yo entiendo que la información médica provista y esta forma de consentimiento pueden ser usadas por un (1) año y si cualquier cambio ocurre en el estado de salud del paciente o yo deseo renunciar al consentimiento, Yo debo notificar a OHP llamando al **(920) 965-0831**. Yo entiendo que si la información de la salud de mi niño es revelada según la autorización HIPPA adjunta, puede ser susceptible a la re-revelación por una persona que recibe la información y no puede ser protegido por la ley.

Yo por lo presente reconozco y atestiguo que tengo autoridad legal para dar consentimiento y autorizar a la provisión de servicios médicos y dentales al paciente en el mejor interés del paciente tal como dictado en este documento.

Yo atestiguo que, si mi hijo/a no tiene asistencia médica, que él/ella califica para almuerzo gratis o de precio reducido.

Yo he tenido la oportunidad revisar/obtener una copia de OHP de Declaración de Privacidad de HIPPA. Si usted va a devolver (INICIAL) esta forma a la escuela con su hijo/a y quiere una copia de nuestra política de privacidad completa, llámenos a **(920) 965-0831**.

NOMBRE IMPRIMIDO DEL PADRES/GUARDIÁN LEGAL

FIRMA DEL GUARDIÁN LEGAL

FECHA



Historial Médico y Consentimiento Dental

Nombre del Paciente _____
APELLIDO NOMBRE LETRA DE SEGUNDO NOMBRE

Niño

Fecha de Nacimiento _____
MES/DIA/AÑO

Niña

Escuela _____ Grado _____

Altura _____

Peso _____

Grupo Étnico (Elige uno)	Raza (Elige uno)
<input type="radio"/> Hispano <input type="radio"/> No-Hispano <input type="radio"/> Negarse a especificar	<input type="radio"/> Blanco <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Raza Negra Afroamericano <input type="radio"/> Indígena Americano/Nativo de Alaska <input type="radio"/> Hawaiano Nativo/Isleño Pacífico <input type="radio"/> Negarse a especificar

Nombre del Padre/Guardian Legal _____ Idioma hablado por los padres _____

Dirección _____
CALLE CIUDAD/CÓDIGO POSTAL

Teléfono _____ Correo Electrónico _____
CASA CELULAR

Contacto de emergencia _____
NOMBRE TELÉFONO PARENTESCO AL PACIENTE

Sí, quiero que mi hijo/a participe en el programa en la escuela. Yo autorizo Forward Health ser facturado por los servicios facturables.

No, no quiero que mi hijo/a participe en el programa en la escuela.

¿Ha tenido su hijo/a un historial de, o condiciones relacionadas con, cualquiera de los siguientes?

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="radio"/> Síndrome de Déficit de Atención | <input type="radio"/> Varicela | <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> Embarazada/Fecha de Parto |
| <input type="radio"/> Anemia de la Célula Hoz | <input type="radio"/> Sinusitis Crónica | <input type="radio"/> Herpes | <input type="radio"/> Convulsiones |
| <input type="radio"/> Artritis | <input type="radio"/> Depresión/Bi-polar | <input type="radio"/> VIH/SIDA | <input type="radio"/> Célula Falciforme |
| <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Enfermedad de los Riñones | <input type="radio"/> Trastorno de la Piel |
| <input type="radio"/> Autismo | <input type="radio"/> Síndrome de Down | <input type="radio"/> Alergia a Latex | <input type="radio"/> Tiroides |
| <input type="radio"/> Vejiga | <input type="radio"/> Dolor de oído | <input type="radio"/> Enfermedad de Hígado | <input type="radio"/> Tabaco/Uso de Drogas |
| <input type="radio"/> Desorden de Sangre | <input type="radio"/> Epilepsia | <input type="radio"/> Discapacidad Mental | <input type="radio"/> Tuberculosis |
| <input type="radio"/> Huesos/Articulaciones | <input type="radio"/> Desmayo | <input type="radio"/> Sarampión | <input type="radio"/> Enfermedad Venérea |
| <input type="radio"/> Cáncer | <input type="radio"/> Trastorno de la audición | <input type="radio"/> Mononucleosis | <input type="radio"/> Otro _____ |
| <input type="radio"/> Parálisis Cerebral | <input type="radio"/> Corazón | <input type="radio"/> Paperas | |
| | <input type="radio"/> Fiebre Reumática | <input type="radio"/> Parásito | |

Nombre del Médico/ clínica:

***(DEBE MARCAR UNA)**

- Ninguno
- Bellin _____
- Aurora _____
- Prevea _____
- Otro _____

¿El paciente tiene algún otro dentista? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Por favor liste:	¿Está tomando medicamentos? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Por favor liste:
¿Qué tipo de seguro DENTAL tiene su hijo/a? <input type="radio"/> Forward Health/Medicaid/BadgerCare <input type="radio"/> Seguro privado (i.e. Delta, Cigna) <input type="radio"/> Ninguno <input type="radio"/> Otro	¿Requiere que el paciente tomar pre-medicamentos para una cita dental? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Por favor liste:
	¿Ha tenido su hijo/a cualquier otro tipo de enfermedad o operación? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Por favor liste:
¿Su hijo califica para almuerzo gratis o de precio reducido en su escuela? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	¿Su hijo/a tiene alergias? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No Por favor liste:

¿Cómo prefiere que lo contacten? Teléfono de casa Celular
 Correo electrónico Mensaje de texto

Continúa al lado opuesto →