

## Información de su hijo/a:

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha De Nacimiento (Mes/Día/Año) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Sexo:  Niño  Niña

Nombre Del Paciente \_\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

### Grupo Étnico (Marque el que corresponda)

- Hispano  
 No-Hispano  
 Negarse a especificar

### Raza (marque los que correspondan)

- Blanco  Asiático  Raza Negra Afroamericano  
 Indigena Americano/Nativo de Alaska  Hawaiano Nativo/Isleño Pacifico  
 Negarse a especificar  Otro \_\_\_\_\_

Seguro Dental que tiene su hijo/a:  Forward Health/Medicaid/BadgerCare  Seguro Privado (i.e. Delta, Cigna)  
 Ninguno  Otro

¿Su hijo/a califica para almuerzo gratis o de precio reducido en su escuela?  Sí  No

¿Su hijo/a tiene un dentista actualmente?  Sí  No ¿Si respondio sí, donde? \_\_\_\_\_

## Información del padre/guardián legal:

Nombre del Padre/Guardián Legal \_\_\_\_\_ Idioma \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad/Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_  
CASA CELULAR

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_  
NOMBRE TELÉFONO PARENTESCO

Cómo escuchó de nosotros? \_\_\_\_\_

**Sí**, quiero que mi hijo/a reciba cuidado dental en su escuela.

**No**, no quiero que mi hijo/a reciba cuidado dental en su escuela.

## ¿Ha tenido su hijo/a un historial de, o condiciones relacionadas con, cualquiera de los siguientes? (Marque los que correspondan):

- |   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| <input type="radio"/> Síndrome de Déficit de Atención | <input type="radio"/> Huesos/Aticulaciones | <input type="radio"/> Trastorno auditivo        | <input type="radio"/> Sarampión/paperas         | <input type="radio"/> Tabaco/Uso de Drogas                  |
| <input type="radio"/> Anemia de la Célula Hoz         | <input type="radio"/> Cáncer               | <input type="radio"/> Condicion del Corazón     | <input type="radio"/> Mononucleosis             | <input type="radio"/> Tuberculosis                          |
| <input type="radio"/> Artritis                        | <input type="radio"/> Parálisis Cerebral   | <input type="radio"/> Hepatitis                 | <input type="radio"/> Parásito                  | <input type="radio"/> Enfermedad Venérea                    |
| <input type="radio"/> Asma                            | <input type="radio"/> Depresión            | <input type="radio"/> Herpes                    | <input type="radio"/> Embarazada/Fecha de Parto | <input type="radio"/> Otro enfermedades u operaciones _____ |
| <input type="radio"/> Autismo                         | <input type="radio"/> Diabetes             | <input type="radio"/> VIH/SIDA                  | <input type="radio"/> Fiebre Reumática          | _____   |
| <input type="radio"/> Bi-polar                        | <input type="radio"/> Síndrome de Down     | <input type="radio"/> Enfermedad de los Riñones | <input type="radio"/> Convulsiones              | _____   |
| <input type="radio"/> Desorden de Sangrado            | <input type="radio"/> Epilepsia            | <input type="radio"/> Enfermedad de Hígado      | <input type="radio"/> Tiroides                  | _____   |
|   | <input type="radio"/> Desmayo              |   |   |   |

¿Su hijo/a tiene alergias o alergias a medicamentos? (i.e. amoxicilina, penicilina, etc.)

Sí  No

Por favor liste:

¿Está tomando medicamentos?

Sí  No

Por favor liste:

¿Requiere el paciente tomar pre-medicamentos para una cita dental? (Prescrito por un medico)

Sí  No

Por favor liste:

Nombre del Médico/ clínica: \*(DEBE MARCAR UNA)

- Ninguno  
 Bellin \_\_\_\_\_  
 Aurora \_\_\_\_\_  
 Prevea \_\_\_\_\_  
 Otro \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN 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?

## 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 \_\_\_\_\_ (Nombre del 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 autorizo que ForwardHealth sea facturado por servicios facturables.

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).**

He tenido la oportunidad de leer y revisar la Póliza de Citas Rotas. Yo entiendo que si mi hijo(a) falla a tres citas, no será visto en OHP por un período de un (1) año. 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, OHP W est, dentistas voluntarios y pagados, las higienistas dentales, asistentes dentales, o cualquier persona y 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 unos 14 meses 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 HIPAA adjunta, puede ser susceptible a la re-revelación por una persona que recibe la información y no puede ser protegida 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.

 **PONGA SUS INICIALES, ESCRIBA SU NOMBRE, Y FIRME** 

**(INICIALES)** Yo he tenido la oportunidad de revisar/obtener una copia de la Declaración de Privacidad de HIPAA de OHP (disponible en el sitio web [www.smilegb.org](http://www.smilegb.org) o llamando a OHP). Con mi firma abajo, yo autorizo a OHP a usar, tener acceso y devolver la información de salud protegida de mí mismo si yo soy el paciente, de mi hijo/a y/o cualquier otro para quien soy guardián legal, de acuerdo con la declaración de privacidad HIPAA de OHP.

\_\_\_\_\_  
**ESCRITO DE MADRE/PADRE/GUARDIÁN LEGAL**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DE MADRE/PADRE/GUARDIÁN LEGAL**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**