

PERMISO PARA RECIBIR SERVICIOS DENTALES A TRAVÉS DEL PROGRAMA DENTAL MÓVIL SMILE SQUAD

- ¡SÍ! Mi niño/a puede recibir servicios dentales** (si "sí", complete el resto del formulario)
- NO, no quiero que mi niño/a reciba servicios dentales** (si "no," no complete este formulario).

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Seguro Social del Estudiante: _____
Escuela: _____ Maestro: _____ Grado: _____ Masculino Femenino Otro
Raza/etnia del estudiante: Blanco Negro/Afroamericano Nativo de América Hispano-Latino Asiático Otro
Nombre del Padre: _____ Teléfono Celular del Padre: _____
Dirección: _____ Ciudad/Código Postal: _____
Correo Electrónico del Padre (requerido): _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO (Por favor seleccione uno):

- Estudiante tiene Medicaid # _____ o Hawk-I # _____
 Estudiante no tiene seguro dental (**VEA LA POLÍTICA DE CARIDAD PÁG. 2**)
 Estudiante tiene seguro dental a través de uno de los padres:

Nombre de la Compañía de Seguro Dental: _____

Nombre del Asegurado: _____ Seguro Social del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ Empleador del Asegurado: _____

HISTORIA MÉDICA:

Dentista del niño/a: _____ Teléfono del Dentista: _____

Proveedor médico del niño/a: _____ Teléfono del Proveedor Médico: _____

- ¿Cuándo fue el último examen dental de su niño/a? Nunca Hace 3-6 meses Hace 6-12 meses Hace más de 12 meses
- ¿Su niño/a ha recibido tratamiento por alguna de las siguientes razones? **Por favor marque todas las respuestas Sí**
 NINGUNO Asma Convulsiones Epilepsia Problemas del riñón Presión alta
 Anemia Diabetes Soplo en el corazón Defecto del corazón Problemas del hígado Tuberculosis (TB)
 ADD/ADHD VIH/SIDA Cáncer Amigdalitis Hepatitis Infecciosa Preocupaciones de comportamiento
- ¿Su niño/a ha tenido alguna enfermedad grave que no se haya mencionado arriba? No Sí (explique) _____
- ¿Su niño/a necesita medicamentos antes de recibir tratamiento dental debido a problemas cardíacos u otras afecciones médicas? No Sí
- ¿Su niño/a es alérgico a alguno de los siguientes? **NINGUNO** Anestésicos Sulfas Látex Penicilina/Amoxicilina otro _____
- ¿Su niño/a está actualmente bajo el cuidado de un doctor No Sí ¿por qué? _____
- Por favor liste cualquier medicina que tome su niño/a No Sí liste _____
- ¿Su niño/a ha tenido alguna lesión en su cabeza o boca? No Sí explique _____

SERVICIOS:

- **Examinación, limpieza, rayos X, fluoruro**
- **Selladores:** una capa protectora que se aplica a la superficie de masticación de los molares para ayudar a prevenir las caries.
- **Empastes:** elimina las caries del diente y rellena el hueco con un material sólido. Si es necesario se usa anestésico.
- **Pulpotomía:** similar a una endodoncia, se coloca medicamento en el nervio del diente para ayudar a que sane. Si es necesario se usa anestésico.
- **Coronas de plata (dientes de leche):** se colocan en dientes con grandes caries y se mantienen hasta que sale el diente. Si es necesario se usa anestésico.
- **Extracción (dientes de leche):** necesaria cuando la cavidad es demasiado grande para un empaste, cuando el diente está infectado o cuando un diente no sale por sí solo. Si es necesario se usa anestésico



POR FAVOR LEA Y FIRME

SEGURO Y PAGO:

- Si usted tiene seguro, al firmar este formulario autoriza a Dental Connections a cobrar por los servicios otorgados. Tenga en cuenta que esto afectará los beneficios de su niño. Dental Connections no se hace responsable de ningún costo incurrido por el dentista de su niño/a si los servicios afectan la frecuencia o beneficios de su niño/a.
- Usted es responsable de pagar de cualquier copago, deducible o cualquier otra cantidad de pago compartido requerida por su plan de seguro. Si su niño/a no tiene seguro dental, usted es responsable del pago de los servicios.
- Después de que se procese el reclamo al seguro, Dental Connections enviará una factura al correo electrónico o dirección física proporcionada.
- Si usted no proporciona la información del seguro dental de su niño/a, recopilaremos la información de seguro que esté disponible para nosotros.

POLÍTICA DE CARIDAD DE DENTAL CONNECTIONS

Dental Connections está comprometida a brindar atención dental independientemente de la capacidad de pago del paciente. Si usted no puede pagar el costo de los servicios, complete el siguiente cuestionario para ver si su niño/a califica para los servicios gratuitos o con descuento de acuerdo a la **Política de Caridad de Dental Connections**. **El completar esta información no garantiza que su niño/a califique para servicios con descuento según la Política de Caridad de Dental Connections. Si presenta la solicitud y no es elegible, Dental Connections NO brindará servicios a su niño/a sin consentimiento adicional.**

1. Nombre de los padres que viven en el hogar: _____
2. ¿Cuál es el ingreso mensual del hogar? \$ _____
3. ¿Hay algún adulto desempleado en el hogar? Sí No
4. ¿Cuántos niños u otros dependientes viven en el hogar? _____

AUTORIZACIÓN Y LIBERACIÓN:

Al firmar este formulario, autorizo a Dental Connections a proporcionar a mi niño/a cualquier tratamiento dental enumerado en la sección de "servicios" que considere necesario el dentista o higienista. Autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente a Dental Connections. Certifico que la información proporcionada por mí es precisa a mi leal saber y entender. Acerca de los servicios brindados en las unidades móviles, entiendo que algunos servicios pueden ser brindados por un higienista dental o un estudiante de odontología debido al acceso limitado a los servicios dentales en la comunidad y estos servicios no reemplazan la atención dental regular en un consultorio dental. Autorizo el intercambio de información sobre mi niño/a entre Dental Connections y la escuela de mi niño/a. Autorizo a Dental Connections a obtener información médica del proveedor de atención médica primaria de mi niño/a en lo que respecta a su salud bucal. Entiendo que mi niño/a puede ser fotografiado mientras participe en este programa y el propósito de dichas fotografías es para documentación clínica y/o promoción del Programa Smile Squad.

Entiendo que recibir atención dental en la Clínica Dental Móvil incluye posible riesgo de lesiones, daños y pérdidas. Por la presente reconozco los riesgos y libero y eximo para siempre a Dental Connections (incluido Smile Squad), así como a todos sus afiliados, sucesores, cesionarios, empleados, voluntarios, proveedores, socios, directores y funcionarios pasados, presentes y futuros (colectivamente, las "Partes liberadas") de cualquier reclamo que surja o pueda surgir a causa de cualquier tratamiento o servicio prestado en relación con el cuidado dental de mi niño/a. **Acepto que mi firma exime completamente de responsabilidad a las partes liberadas en la medida máxima permitida por la ley.**

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:

Entiendo que el Aviso de Prácticas de Privacidad de Dental Connections, Inc. está disponible previa solicitud y también que se puede acceder a él en el sitio web de Dental Connections. He tenido plena oportunidad de leer el Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que al firmar este consentimiento, doy mi consentimiento a Dental Connections para usar y divulgar mi información de salud protegida o la de mi niño/a para llevar a cabo tratamientos, actividades de pago y operaciones de atención médica. Entiendo que tengo derecho a revocar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito y que mi revocación podría resultar en la interrupción del tratamiento por parte de Dental Connections. Además, entiendo que Dental Connections se reserva el derecho de cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad tal como se describe. Si se modifica el Aviso de Prácticas de Privacidad, se me emitirá el nuevo Aviso de Prácticas de Privacidad con los cambios. Esos cambios pueden aplicar a cualquiera de mi información de salud protegida.

CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS

Al marcar el siguiente cuadro y firmar abajo, doy mi consentimiento para recibir comunicaciones por correo electrónico o mensaje de texto que pueden contener información de salud protegida. Soy consciente de que existe cierto nivel de riesgo de que terceros puedan leer correos electrónicos no encriptados. Soy responsable de proporcionar a Dental Connections de mi dirección de correo electrónico actualizada cuando sea necesario. Puedo retirar mi consentimiento a las comunicaciones electrónicas llamando al 515-244-9136.

Doy mi consentimiento para que Dental Connections se comunique conmigo electrónicamente por correo electrónico o mensaje de texto.

Al firmar a continuación, certifico que la información que he proporcionado es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Firme Aquí

Firma del Padre: _____ Fecha: _____