



Office use only/ Uso de oficina

Ready	Called pt	
Slide	Emailed pt	
Need F/R	Has parent in sys	
Needs Sig		
Scanned	ACCT#	

EL DENTISTA VIENE A SU ESCUELA

Si su niño/a no tiene un dentista y necesita tratamiento dental, por favor complete, firme & regrese esta forma a la Enfermera de su Escuela.

Si su niño/a ya ve a un dentista regularmente, continúe llevándolo/a a ese dentista.

ACERCA DE SU NIÑO/A - Por favor, llenar un formulario diferente para cada niño.

Nombre de la Escuela _____

Profesor/a _____ Clase # _____ Grado _____

Nombre del Niño/a _____
 (Apellido) (Nombre)

Número del Seguro Social del Niño/a _____ Fecha de Nacimiento del Niño/a _____

Nombre del Padre o Madre/Guardián _____

Dirección _____

Email _____ # de Teléfono _____ Otro # de Teléfono _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Mi Hijo/a tiene seguro de MEDICAID/FAMIS - (Cubre el 100% del tratamiento)

Si su niño/a tiene uno de los siguientes seguros médicos, por favor marque el seguro médico de su niño/a:

MEDICAID / FAMIS / Anthem Healthkeepers Plus / INTotal Health

ID # del Miembro: _____ INTotal Health/Anthem YTD#: _____

Mi Hijo/a tiene Seguro Dental PRIVADO - Aadjunte una copia de la tarjeta de seguro

Nombre de la Compañía de Seguro: _____ Teléfono de la Compañía de Seguro: _____

de Grupo: _____ ID del Miembro/# de Póliza: _____

Nombre del Adulto Asegurado: _____ Fecha de Nacimiento del Adulto Asegurado: _____

Número del Seguro Social del Adulto Asegurado: _____

Nombre del Empleado del Adulto Asegurado: _____ Teléfono del Empleado: _____

Mi Hijo/a NO tiene Seguro Dental

Aduntar su carta verificación almuerzo gratis o reducido. Un representante de Neighborhood Health se comunicara con usted para proveer más información.

Información Demográfica

Raza: Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Africano Americano Blanco Nativo de Hawái/Otro Isleño del Pacífico
Etnicidad: Hispano No-Hispano
Idioma Preferido: Inglés Español Otro especifique: _____
Género: Mujer Hombre

HISTORIA MEDICA DEL NIÑO (A)

MARQUE CADA CONDICIÓN QUE APLICA A SU NIÑO/A

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas Dentales Recientes | <input type="checkbox"/> Anemia Falciforme | <input type="checkbox"/> Enfermedades Infecciosas/Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Asma o Silbido | <input type="checkbox"/> Desmayos/Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Comportamiento | <input type="checkbox"/> Problemas de Hígado/Hepatitis | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> Problemas con los Riñones | <input type="checkbox"/> Hemofilia/Problemas de Sangrado |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Problemas del Corazón - Describe _____ | |

ALERGIAS/ MEDICACIÓN/OTRA: _____

Nombre del Doctor del niño/a: _____ # del Teléfono del Doctor del niño/a: _____

Farmacia preferida: _____ Dirección de la Farmacia _____

Proporcione detalles adicionales de la salud de su niño/a, incluyendo: tratamiento médico actual /enfermedades, tratamientos médicos pasados/enfermedades, y alcohol &/o uso de tabaco: _____

La fecha de la Última Visita al Dentista: _____

LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN

Por favor lea y **FIRME en cada línea**

- _____ **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO:** Yo autorizo a los empleados, agentes y personal de Neighborhood Health a realizar y por tanto consiento tal tratamiento dental y exanimaciones, incluyendo extracciones, sellantes, y rellenos.
- _____ **NO GARANTIA:** estoy consciente que la práctica de medicina no es una ciencia exacta y Yo entiendo que no garantías han sido hechas como el resultado de cualquier procedimiento, tratamiento o exanimación.
- _____ **RESPONSABILIDAD FINANCIERA:** Yo entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, sean o no pagados por el seguro médico, Neighborhood Health no participa en **todo** plan de seguro. Yo entiendo que soy responsable de verificar que mi doctor sea un doctor participante en mi plan de seguro. Se espera el pago al momento del servicio.
- _____ **CONSENTIMIENTO AUTORIZADO PARA EXAMENES DE SANGRE:** Comprendo que bajo la Ley de Virginia, si un proveedor de asistencia médica, una persona empleada, bajo la dirección de, o del control de un proveedor de asistencia sanitaria, es expuesto directamente a líquidos corporales de un paciente, que puede transmitir virus que causan VIH o la Hepatitis B o C, el paciente tendrá que consentir a una prueba de VIH o de Hepatitis B o Hepatitis C, y a compartir los resultados de la prueba a la persona que fue expuesta. (El ser expuesto podría ocurrir debido a un contacto accidental con la aguja). Al paciente que tenga un resultado positivo se le otorgara la oportunidad para averiguar cara a cara los resultados de la prueba y consejería adecuada.
- _____ **FIRMA DE AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE MEDICAID DE POR VIDA:** Solicito que el pago de beneficios autorizados por Medicaid sea hecho en nombre de mi/del paciente por cualquier servicio administrado por o en la clínica, inclusive servicios de médico. Autorizo a cualquiera a que comparta información médica u otra información sobre mí, con Neighborhood Health para servicios de Medicare y de Medicaid, el Departamento de Asistencia de Servicios Médicos de Virginia y sus agentes, cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios relacionados con otros servicios. Asigno los beneficios pagaderos al médico y por otros servicios médicos, al médico o la organización que proporciona los servicios y autorizan a tal médico u organización a someter el cobro a Medicaid para que paguen. Comprendo que Yo/el paciente soy responsable de cualquier deducible, copago y cualquier porcentaje aplicable de cobros restantes.

Solicito que el dentista realice un chequeo dental a mi niño/a en la escuela el cual incluye examen, limpieza, fluoruro, sellantes y rayos X como se necesite, así como otros trabajos dentales como se necesiten, incluyendo rellenos, extracciones de dientes de bebé infectados, adormecimiento de la boca y de los dientes y otros procedimientos como se describirán completamente en esta página. Este permiso incluye futuras citas dentales. He leído la IMPORTANCIA Y CONSENTIMIENTO QUE ESTA AL OTRO LADO DE ESTA PAGINA entiendo y estoy de acuerdo con sus términos.

FIRMA del Padre, Madre/Guardián Legal

Relación con el Paciente

Fecha

POR FAVOR COMPLETE AMBOS LADOS

