



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA ESTUDIANTES DE ALCANCE DENTAL

| | | | | | | |
|---|--|------------------------|----------------------------|--|--|----------------|
| INFORMACION DEL ESTUDIANTE | | | | | Chart Number: | |
| Grado: | | Maestro/a: | | Escuela: | | |
| Apellido de ESTUDIANTE: | | | Primer Nombre: | | | |
| Fecha de Nacimiento: | | Edad: | | Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | | |
| Dirección de Envío: | | Numero de apartamento: | Ciudad: | | Estado: | Código Postal: |
| Teléfono Principal: | | | | | | |
| Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Mas de una raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano | | | | | Etnicidad: <input type="checkbox"/> Latino/Hispano <input type="checkbox"/> Otro | |
| Nombre del Padre/Guardián: | | | Relacioncon el estudiante: | | | |
| Dirección de Envío: | | Numero de apartamento: | Ciudad: | | Estado: | Código Postal: |
| Pof favor marque la casilla junto a cada servicio que le gustaria que su hijo reciva: | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Selladores <input type="checkbox"/> Limpieza Dental <input type="checkbox"/> Barniz de Fluor | | | | | | |

| | |
|---|--|
| HISTORIA MEDICA (obligatorio) | |
| <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresion <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Soplo cardiaco <input type="checkbox"/> ADD/ADHD <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazon <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Valvula del corazon articial <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Trastorno Convulsivo <input type="checkbox"/> Trastorno congenito del corazon <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales/tornillos <input type="checkbox"/> Otro _____ Cualquier alergia conocida: <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Amoxicillin/Penicillin <input type="checkbox"/> Otro _____ | |
| Por favor enumere todos los medicamentos que su hijo/a este tomando actualmente: _____ | |
| Es requerido que su hijo/a tome pre-medicaciones (antibioticos) antes de su tratamiento dental? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| Nombre de su Dentista de cabecera y fecha de su ultima cita dental: _____ / ____ / ____ | |

| | | | |
|--|---------------|----------------------------|---------------------|
| INFORMACION DEL SEGURO (obligatorio): Por favor llene la siguiente información sobre su hijo: | | | |
| Al completar esta porción dy a FHCHC permission para servicios dentales a mijo/a y colectar el pago de KanCare y/o del Seguro Dental. | | | |
| <input type="checkbox"/> None | | | |
| <input type="checkbox"/> KanCare #: _____ | | | |
| <input type="checkbox"/> United Health Care <input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> Envolve | | | |
| <input type="checkbox"/> Seguro Privado - Nombre de la Compañía: _____ | | | |
| ID#: _____ | | Grupo #: _____ | |
| Información del subscriptor (Toda la información debe ser proporcionada): | | | |
| Apellido: | Pimer Nombre: | Fecha de Nacimiento: | # de Seguro Social: |
| Dirección de Envío: | | Ciudad: | Estado: |
| | | | Código Postal: |
| Empleador: | | Relacioncon el estudiante: | |
| Firma de Padre/Tutor: | | | Fecha: |