**FHC SMILES PROGRAMA DENTAL GRATIS EN SU ESCUELA**

**Formulario de Consentimiento 2019-2020**

El Programa FHC Smiles estará ofreciendo **SERVICIOS GRATIS** en la escuela de su hijo.

**No habrá ningún costo para usted o para la escuela por estos servicios**.

**FHC cobrará a Medicaid o KanCare por los servicios. Su hijo es elegible si tiene KanCare / Medicaid o si califica para un almuerzo gratuito o reducido.** Si su hijo tiene un seguro dental privado (por ejemplo, Delta) NO es necesario participar en este programa.

**Las Políticas de proteger contra la discriminación y garantizar la privacidad de de HIPAA se pueden encontrar en el sitio web de la escuela o de FHC Smiles.**

Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Grado del Estudiante: \_\_\_\_\_\_\_\_Maestro/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre legal del niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_\_ Femenino\_\_\_\_\_\_\_

Medicaid / KanCare #: \_001 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Circule al Proveedor: United Healthcare / Sunflower/ Aetna

Usa el Programa de almuerzo reducido / GRATUITO: SÍ o NO ¿Su hijo NO tiene seguro dental?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de Seguro Social del niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del padre / madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de teléfono alternativo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Raza: (Por favor circule lo que corresponda) Blanco Asiático Hispanoamericano Indio Americano/Alaska nativo

Etnia: (Por favor circule lo que corresponda) Nativo Hawaiano / Isleño del Pacífico Afroamericano

**HISTORIA DE SALUD**

¿Tiene su hijo un dentista? SÍ o NO Nombre del dentista: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la última vez que su hijo vio a un dentista? (Circule uno) 6 meses 1 año Más que 1 año Nunca

¿Tiene su hijo alguno de los siguientes:

\_\_\_ Problemas dentales recientes \_\_\_\_ Células falciformes LISTA DE ALERGIAS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ Asma o silbidos \_\_\_\_ Desmayos/convulsiones/epilepsia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ Problemas de comportamiento \_\_\_\_ Problemas hepáticos/hepatitis MEDICAMENTOS que actualmente toma

\_\_\_ ADHD/ADD \_\_\_\_ HIV/AIDS : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ Autismo/Trastorno del espectro \_\_\_\_ Tuberculosis (TB) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_ Problemas renales NOMBRE del médico y la farmacia:

\_\_\_ Problemas cardíacos (Describa) \_\_\_\_ Hemofilia/problemas de sangrado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ SE NECESITA ANTIBIOTICOS ANTES DEL TRATAMIENTO

OTRAS Condiciones Médicas NO listadas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El equipo FHC Smiles Dental Outreach ofrece tratamiento dental a su hijo mientras está en la escuela. Si hay servicios (listados)a continuación que **NO DESEA** que nosotros proporcionemos, indique aquí: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El estado de Kansas y los profesionales dentales que ofrecen este programa están dedicados a mejorar la salud oral de su hijo. Después de que su hijo reciba tratamiento, recibirá un informe que se indicará qué servicios recibio junto con una referencia dental si es necesario.

La participación en este evento especial puede ser utilizada de forma anónima para las estadísticos del Instituto Nacional de Salud e Información que lo identifique que nunca se divulgará de ninguna forma o publicación. Está dando su consentimiento para una fotografía que se puede estar usado en la television, impresa o web. Consentimiento voluntario y sin indemnización.

 **Nuestros servicios incluyen: limpieza, selladores, rellenos, y tratamiento fluoruro.**

**Soy el padre/madre/custodio y doy mi consentimiento para que el niño mencionado reciba cualquier tratamiento dental que el dentista o higienista considere necesario para la prevención y tratamiento de enfermedades dentales. Esto incluye exámenes, radiografías, limpiezas, barnices de fluoruro, selladores dentales, empastes, extracciones de dientes de leche infectados, pulpotomías y adormecimiento de la boca y los dientes. Este consentimiento es válido para los años escolares 2019-2020, ya que FHC puede proporcionar atención dental en la escuela en varias fechas a lo largo del año escolar. Entiendo que toda la información del paciente está protegida y solo se intercambiará con el personal empleado por Southwest Boulevard Family Health Care y la escuela. La información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Si ocurre algún cambio durante el año escolar, me pondré en contacto con FHC. Autorizo a FHC a divulgar la información necesaria para procesar reclamaciones de seguros y autorizo el pago directamente a FHC.**

 **Firma de Padre/Madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**