

For Office Use Only:



School# _____ Homeroom _____ Screen Only _____

Gateway _____ Eligible _____ Non Eligible _____



Fecha: ____ / ____ / ____

Gateway to A Dental Home

SU HIJO NO SERÁ VISTO PARA CUIDADO DENTAL SI LA INFORMACIÓN SIGUIENTE NO SE RECIBE ANTES DE SU CITA.

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

Apellido del niño:	Nombre del niño:		
SSN del niño #:	Sexo: M / F	Fecha de nacimiento: / /	
Dirección:	Ciudad:	Código postal:	
Teléfono:	Nombre de la Maestra:		

INFORMACIÓN DEL PADRE O GUARDIAN

Nombre del padre/guardián:	Sexo: M / F	DOB: / /	
Dirección:	Ciudad:	Código postal:	
SSN#	Teléfono de casa:		
Teléfono del trabajo:	Teléfono celular:		

TIPO DE SEGURO DENTAL

COMPañÍA de seguros:	<input type="checkbox"/> NO seguro DENTAL
POR FAVOR, INTRODUZCA EL ID #:	Medicaid # SI CORRESPONDE:

INFORMACIÓN DE LA SALUD

Incluir el nombre y teléfono del médico de su hijo:

¿SU HIJO EN BUENA SALUD?	Sí	No	
Si no, explique:			
¿SU NIÑO ESTÁ TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO?	Sí	No	
En caso afirmativo, lista de medicamentos:			
¿ES PRIMERA VISITA DENTAL DE SU HIJO?	Sí	No	No estoy seguro
¿Si no, hace ya más de 12 meses desde su última visita?	Sí	No	
¿SU HIJO TIENE CUALQUIER PROBLEMAS/PREOCUPACIONES DENTALES EXISTENTES?	Sí	No	
Si es así, explique:			
¿SU NIÑO TIENE CUALQUIERA DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE SALUD?			
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual del desarrollo	<input type="checkbox"/> Tiroides
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Trastornos Emocionales	<input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Sangrado Excesivo	<input type="checkbox"/> Hígado	<input type="checkbox"/> Enfermedad Venérea
<input type="checkbox"/> ADHD	<input type="checkbox"/> Audición	<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> El embarazado	
<input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre	<input type="checkbox"/> Sople Cardíaco	<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Convulsiones	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Anemia Falciforme	
<input type="checkbox"/> Dolor de oídos	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Habla	

**** POR FAVOR ENUMERE ALLERGIAS CONOCIDAS:**

¿SU NIÑO REQUIERE ANTIBIÓTICOS ANTES DE TENER UN PROCEDIMIENTO DENTAL? Si la respuesta es Sí, enumere todos e incluya la razón:

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE ATENCIÓN DENTAL- ** FAVOR DE MARCAR SOLAMENTE UNA CAJA Y FIRME EN LA PARTE INFERIOR **

1) Sí, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba tratamiento, como se describe a continuación, en 1100 Main Street, Buffalo, NY o 515 Abbott Road, Buffalo, NY, incluido el transporte de ida y vuelta en autobús desde su escuela

O

2) Sí, me gustaría que a mi hijo se le haga un examen dental sin cargo. No quiero que él / ella reciba tratamiento.

- Doy mi consentimiento para que mi hijo / hija reciba un examen dental, limpieza, tratamiento con flúor (relleno (s) sellante (s), corona (s) de acero inoxidable, tratamiento del nervio para el diente de bebé, radiografías, instrucciones para cepillarse el hilo dental y si es necesario anestesia local.
- Doy mi consentimiento para que mi hijo / hija reciba anestesia local, si es necesario (medicamento adormecedor).
- Entiendo que los riesgos asociados con el tratamiento incluyen, entre otros, mordeduras o rasguños accidentales del labio / mejilla por parte del niño (si se usa anestesia local) y / o molestias leves, sangrado y / o hinchazón.
- Doy mi consentimiento para que University Pediatric Dentistry se ponga en contacto con el médico de mi hijo y para que él / ella divulgue la información médica necesaria para el tratamiento de mi hijo.
- Doy mi consentimiento para que University Pediatric Dentistry contacte a la enfermera de la escuela de mi hijo y / o Health Related Services / Buffalo Board of Education para obtener información actual sobre la salud actual de mi hijo / hija.
- Las fotografías pueden tomarse con fines educativos. Si no, verifique aquí:

✓ Se me notificara sobre cualquier tratamiento que mi hijo o hija pueda necesitar que no esté disponible a través de Gateway Program.

✓ University Pediatric Dentistry respeta la privacidad de su hijo y toda la información se mantendrá confidencial.

La salud física general de su hijo puede verse afectada por problemas dentales no tratados que pueden provocar dolor, hinchazón y / o infección grave.

Firma de Padre tutor

Fecha

Firma de Padre tutor (Por favor imprimir)

Si no desea que su hijo/ a participe, verifique a continuación:

No, no quiero que mi hijo / hija sea evaluado y no quiero que se inscriba en el programa Gateway to a Dental Home