

Millas de Sonrisas Clínica Dental Móvil

252-241-4492

Departamento de Salud Del Condado de Cárreret * 3820-A Bridges Street, Morehead City, NC 28557

La Clínica Dental Móvil de las Millas de Sonrisas se trasladara a la escuela de su hijo pronto. Somos un consultorio de servicio completo que ofrece tratamiento dental, preventiva y restaurador. Para ser elegible y para tomar ventaja de este servicio, su hijo necesita ser inscritos en seguros de Medicaid o NC Health Choice. Vamos a ver a los niños durante el día escolar y enviarle la información de inicio de cualquier tratamiento realizado. Si su hijo califica y usted le gustaria tomar ventaja de esta clínica, dental amistosa de niños. Por favor llene la información abajo y devuelva a la escuela al día, siguiente de la escuela.

Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: _____ Raza: _____ Grado: _____

Escuela _____ Maestra/o: _____

El numero de Medicaid: _____

o numero de NC Health Choice: _____

Padre de Relacion/Guarda Nombre: _____

Direccion: _____

Telefono #: _____

Contacto de emergencia: _____

Relacion y telefono #: _____

¿Tiene su hijo otra cobertura de Seguro dental? En caso afirmativo, indique: _____

¿Tiene su hijo otro dentista/pedodoncista que ven regularmente? En caso afirmativo, indique: _____

Pediatra del niño: _____

Medicamentos para niño: _____

Alergias del niño: _____

Cirugias pasadas del niño: _____

ADHD	Sí	No	En el pasado	Problema de Amordazan	Sí	No	En el pasado
SIDA/HIV Positivo	Sí	No	En el pasado	Problemas del Corazon	Sí	No	En el pasado
Alergias/Ronchos	Sí	No	En el pasado	Hepatitis B	Sí	No	En el pasado
Anemia	Sí	No	En el pasado	Alta Presion Sanguinca	Sí	No	En el pasado
Asma	Sí	No	En el pasado	Dolor en la Mandibula	Sí	No	En el pasado
Autista	Sí	No	En el pasado	Problemas Renales	Sí	No	En el pasado
Bipolar	Sí	No	En el pasado	Enfermidad del Hgado	Sí	No	En el pasado
Trastorno Hemorragico	Sí	No	En el pasado	Experiencia Dental Negativa	Sí	No	En el pasado
Daño Cerebral	Sí	No	En el pasado	Nerviosismo	Sí	No	En el pasado
El Herpes Labial	Sí	No	En el pasado	Convulsiones	Sí	No	En el pasado
Diabetes	Sí	No	En el pasado	Problemas de Sinusales	Sí	No	En el pasado
Miedo de agujas	Sí	No	En el pasado	Ulceras	Sí	No	En el pasado

Explique:

¿Tiene su hijo alguna enfermedad o afeccion que no figura en la lista anterior?

Aviso de Prácticas de Privacidad El Departamento de Salud del Condado de Cárreret está disponible a petición o se puede recoger en las "Millas de Sonrisas" Clínica Dental Móvil o en el Departamento de Salud.

Utilizamos mensajes de texto para recordar / confirmar citas con nuestra clínica. ¿ENTRAR AL MENSAJE DE TEXTO? SI o No

Telefono #:

Iniciales:

*Su proveedor de telefonía celular puede cobrar tarifas por enviar mensajes de texto.

EL PADRE/TUTOR DEBE LEER Y FIRMAR EL OTRO LADO DE ESTE DOCUMENTO



Millias de Sonrisas Clínica Dental Móvil

252-241-4492

Departamento de Salud Del Condado de Cárteret * 3820-A Bridges Street, Morehead City, NC 28557

Consentimiento para el Tratamiento Dental

Por favor lea este formulario cuidadosamente. Cualquier termino que no entiende o si tiene alguna pregunta, por favor llame al teléfono.

Nombre del paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Yo doy permiso a que mi hijo(a) o dependiente reciba atención dental en la escuela, departe de la Millas de Sonrisas Clinica Dental Movil. Yo autorizo que el dentista lleve a cabo cualquier procedimiento diagnostico y tratamiento dental que el dentista piense que es necesario para proveer un cuidado dental de buena calidad para mi hijo(a) o dependiente.

El tratamiento dental incluye:

- Examen – El dentista debe ava hacer un examen oral completo que incluye, tratamiento de fluoruro y rayos x
- Sellantes – Un material en las ranuras de los dientes para protegerlos de caries
- Relleno – Blanco compuesto material que se usa para rellenar el diente después que la carie ha sido removida
- Extracción – El diente es removido cuando hay una carie demasiada grande y no se puede rectorar con un relleno
- Pulpotomis – Cuando la carie es muy grande y ya ha llegado al nervio y requiere un tratamiento especial en el nervio
- Corona de acero inoxidable – Una corona de plata es puesta encima del diente que no se puede rellenar casi siempre caries entre los dientes
- Oxido nitroso – Un sedante de gas liviano, puede ser usado para calmar a su hijo(a)

Yo entiendo que los servicios para algunas condiciones de los dientes podrian ser limitados en al alcance de cuidado y se dan con la intención de dar Alivio al dolor, hinchazón, infección o lesión.

Yo comprendo que la mayoría de los servicios proporcionados por la Millias de Sonrisas Clínica Dental Móvil, son procedimientos que se hacen rutinamente y que generalmente presentan poco riesgo al niño. Pero se me ha dado a saber, como con cualquier tratamiento dental, podria haber riesgo de tener complicaciones. Estos riesgos incluyen pero no se limitan a la posibilidad de dolor o incomodidad, hinchazón, infección, sangrado, lesión a los diente adyacentes y tejidos blanditos, causar problemas en la quijada, entumecimiento temporero o permanente y reacciones alérgicas.

Yo entiendo que en algunas ocasiones puede ser necesario hablar con el dentista personalmente antes o después de los tratamientos de mi hijo(a) o dependiente. Yo acepto estos términos para el tratamiento y le doy el consentimiento para el cuidado dental que sea proporcionado durante la escuela en mi ausencia. Yo entiendo que este consentimiento para el tratamiento dental va mantenerse en efecto siempre y cuando mi niño(a) o dependiente es eligible para este programa. Si yo deseo que mi hijo(a) o dependiente no reciba tratamiento dental a través de la Millas de Sonrisas Clinica Dental Movil. Yo les notificare en escrito a unos de los miembros de empleados de la Millas de Sonrisas Clínica Dental Móvil.

Yo reconozco que he leído y compredo este formulario de consentimiento, que se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y que se me han contestado a mi satisfacción. También reconozcoque soy el adulto responsable por el niño nombrado.

¡FIRMA DEL PADRE O GUARDIAN SE REQUIERE PARA EL TRATAMIENTO!

Firma del Padre/Guardián
Consentimiento el tratamiento

Relación al Paciente

Fecha