



Los servicios dentales clínicos preventivos provistos son para niños y adolescentes menores de 20 años, que están cubiertos por el Seguro del Estado: Planes de atención médica de Minnesota (MHCP) como MA, South Country Health Alliance, Blue Plus, UCare o no tienen seguro. Si el paciente está cubierto por un seguro dental privado o planes de seguro de salud adicionales / complementarios, utilice otros consultorios dentales. Si el paciente ha recibido servicios dentales preventivos en los últimos 6 meses, el paciente está actualizado de acuerdo con los estándares dentales, por lo tanto, no se debe. A los pacientes que participan en nuestro programa que están inscritos en un programa de asistencia estatal se les facturarán sus servicios al seguro y la parte no pagada se pagará con fondos de la subvención. Si el paciente no tiene seguro, Let's Smile, Inc. utiliza fondos de donaciones / donaciones para cubrir el costo de sus servicios. Let's Smile, Inc. no factura a las familias por los servicios preventivos. **⚠️ No complete este formulario si su hijo tiene un seguro dental privado o un hogar dental establecido ⚠️**

**Formulario de consentimiento del padre / tutor: (imprima claramente y complete TODO el formulario)
UN FORMULARIO POR NIÑO Hay formularios adicionales disponibles en nuestro sitio web: www.letssmileinc.com**

Toda la información se mantiene confidencial.

Fecha: _____

Nombre de Niño: _____ Apodo del niño: _____
nombre de pila inicial del segundo nombre apellido

Dirección: _____
Calle/# de Apt Ciudad Estado Codigo Postal

Telefon de Casa: _____ Cell de Guardian : _____ Nombre y número de contacto de emergencia: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Hombre Mujer

de Seguridad Social: _____ (utilizado SOLO para la verificación del seguro)

Raza/Etnia (por razones estadísticas solamente)

- Blanco/Caucásico Negro/Afroamericano Hispano/Latino Asiático Indio Americano Somalí

¿Necesita un intérprete? Si es así, de que idioma: _____

Historia Clínica: Aunque el personal dental trata principalmente el área dentro y alrededor de la boca, la boca es parte de todo el cuerpo. Los problemas de salud o los medicamentos que se pueden tomar podrían tener una relación importante con la odontología que recibirá su hijo. Gracias por responder las siguientes preguntas.

- ¿Está su hijo/a tomando algún medicamento? SI NO
- Enumere por favor cualesquiera medicaciones: _____
- Enumere por favor cualquier alergia: _____
- ¿Está su hijo actualmente bajo el cuidado de un médico además de chequeos? SI NO
- ¿Tiene su hijo alguna de las siguientes condiciones: Si sí — por favor marque la condición

<i>Asma</i>	<i>ADD/ADHD</i>	<i>Autismo</i>	<i>Cancer</i>	<i>Síndrome de Downs</i>	<i>Epilepsia</i>	<i>Problemas de Sangre</i>	<i>Problemas de Corazon</i>
<i>Soplo Cardíaco</i>	<i>Hepatitis</i>	<i>Alergia al Látex</i>	<i>Fiebre Reumática</i>	<i>Tuberculosis</i>	<i>Diabetes</i>	<i>Convulsiones</i>	<i>otro (por favor enumere)</i>

Historia Dental

- ¿Alguna vez le han dicho que su hijo necesita tomar antibióticos antes de cualquier tratamiento dental? SI NO
- ¿Recibe su hijo agua fluorada? SI NO ¿Está su hijo tomando suplementos de fluoruro? SI NO
- ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que su hijo visitó por última vez a un dentista/higienista? Por favor marque una.
 Menos de 6 meses = **NO se debe por servicios** Más de 6 meses, pero no hace más de 1 año
 Hace más de 1 año, pero no hace más de 3 años Hace más de 3 años
 Nunca ha estado en el dentista/higienista
 No sé/no recuerdo ** Nombre de la oficina dental de cualquier experiencia dental previa: _____
- Durante los últimos 6 meses, ¿tuvo su hijo un dolor de muelas más de una vez, al morder o masticar? SI NO
- ¿Tiene su niño algún hábito oral: chupar el pulgar, morder las uñas, respirar la boca, chupete, dormir con una botella, etc.? SI NO
 Si usted contestó "sí", por favor explique: _____
- ¿Cuáles son SUS preocupaciones o preguntas con respecto a los dientes de su niño?

*** Marque el tipo de seguro que tiene y escriba el número de PMI de miembro #**

- Sin seguro dental MA MN Care South Country Health Alliance U-Care Blue Plus

_____, Sí, doy permiso para que mi hijo reciba servicios clínicos de atención dental preventiva que incluyen: • Encuestas de detección básicas (BSS): evalúe si hay esmalte roto en los dientes, detecte infecciones en los tejidos de las encías, verifique si hay cáncer oral e inspeccione el desarrollo adecuado de dientes Los resultados se documentan y se comunican a los tutores / cuidadores / directores del programa colaborativo (enfermera escolar o trabajador social) y al dentista remitente. • Profilaxis dental: eliminación de la placa oral, cálculo, manchas y bacterias que causan caries e infecciones orales. • Tratamiento con barniz de flúor: fortalece el esmalte de los dientes para prevenir las caries • Selladores: cuando se aplican a las superficies de masticación de los molares, ayudan a prevenir las caries • instrucciones de higiene oral • asesoramiento nutricional sobre salud bucal • referencias según sea necesario.

Entiendo que estos servicios son proporcionados por un higienista dental colaborativo registrado y que la evaluación no es un reemplazo para un examen dental realizado por un dentista con licencia. Se recomienda un examen dental realizado por un dentista al menos anualmente.

Nombre Impreso de Padre/Guardian: _____ Firma de Padre/Guardian: _____