

**SI SU HIJO(A) FUE EXAMINADO ESTE AÑO ESCOLAR USTED YA HA DADO PERMISO PARA EL RE- EXAMEN
 FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO POR FAVOR COMPLETAR CON TINTA SECCIONES 1-5**

1. Información de su hijo (a):

Nombre de hijo (a) _____
 Fecha de nacimiento _____
 Nombre del Padre/Tutor _____
 Domicilio _____ Codigo postal: _____
 Telefono (dia) _____ (Noche) _____
 Escuela _____ Nombre del maestro _____ Grado _____
 Fecha de la ultima visita dental _____

2. El seguro dental de su hijo (a)

- Medicaid ID# _____
- Child Health Plus (Wellcare, Fidelis, GHI, Hudson Health Plan, Empire BCBS, MVP) ID # _____
- Delta Dental, ID # _____
- Yo no tengo seguro dental y me gustaria que me contacten en referencia al pago con descuentos.

3. Historial medico

Si usted no entiende alguna pregunta o está inseguro, por favor llame a la clinica dental porque no podemos proveer servicios dentales sin toda la información.

- Quien es el medico de su hijo (a)? _____ Telefono: _____
- Está su hijo(a) tomando algún medicamento? ____SI NO____
 Si, indique por qué? _____

Ha tenido su hijo(a) alguna de las siguientes enfermedades. Por favor indicar (x).

- | | | | |
|---|--|---|--|
| Soplo Cardiaco <input type="checkbox"/> | Hemorragia <input type="checkbox"/> | Problemas de la Vejiga <input type="checkbox"/> | Anemia Perniciosa <input type="checkbox"/> |
| Enfermedad Corazón <input type="checkbox"/> | Problemas en los Ojos <input type="checkbox"/> | Enfermedad Pulmonar <input type="checkbox"/> | Neumonía <input type="checkbox"/> |
| Artritis <input type="checkbox"/> | Hemofilia <input type="checkbox"/> | HIV o SIDA <input type="checkbox"/> | Problemas del Riñon <input type="checkbox"/> |
| Problemas de Sinusitis <input type="checkbox"/> | Amigdalitis <input type="checkbox"/> | Transfusión de Sangre <input type="checkbox"/> | Desmayo <input type="checkbox"/> |
| Prótesis <input type="checkbox"/> | Tratamiento Radación <input type="checkbox"/> | Diabetes <input type="checkbox"/> | Problemas del Hígado/ Hepatitis <input type="checkbox"/> |
| Defectos Físicos <input type="checkbox"/> | Problemas de Tiroide <input type="checkbox"/> | Anemia <input type="checkbox"/> | Epilepsia <input type="checkbox"/> |
| Ictericia <input type="checkbox"/> | Cáncer o Tumores <input type="checkbox"/> | Fiebre Reumática <input type="checkbox"/> | Urticaria <input type="checkbox"/> |
| Fisura Labio/Palatina <input type="checkbox"/> | Convulciones <input type="checkbox"/> | Asma <input type="checkbox"/> | Problemas del Habla/Oidos <input type="checkbox"/> |
| Tuberculosis <input type="checkbox"/> | Problemas Emocionales <input type="checkbox"/> | Úlsera o Colitis <input type="checkbox"/> | Fiebre de Heno <input type="checkbox"/> |

- Ha sido su hijo (a) vacunado ____SI NO____
- No, explique por que _____
- Ha tenido su hijo(a) alguna reacción alérgica? ____SI NO____

Si, explique por que _____

Yo entiendo que en el caso de que el estado de salud de mi hijo(a) cambie, yo voy a notificarlo a su oficina lo antes posible.

Requerido 4. Firma del Padre/Tutor **X**: _____ Fecha _____

Vamos a citar a su hijo (a) durante el horario escolar. Sin embargo, si usted quiere estar presente para la cita o si tiene preguntas por favor llame al (845) 798-2279 o (845) 866-4562 o la oficina principal (845) 434-0376 x 116.

POR FAVOR COMPLETE EL FORMULARIO Y DEVUELVALO A LA ESCUELA!

465 BRICKMAN ROAD, HURLEYVILLE, NY 12747 (845) 866-4562 (845) 798-2279 (845) 434-0376

Continúa →

CONSENTIMIENTO O DECLINACIÓN

Nombre del Niño(a) _____

Es de mi conocimiento la necesidad de responder las preguntas en forma verdadera. De acuerdo con mi conocimiento las respuestas que he contestado son precisas.

Doy el consentimiento para que se le realice un chequeo dental incluyendo rayos-x y una limpieza dental. Si mi hijo(a) requiriese tratamiento adicional como obturaciones, extracciones, coronas y tratamiento de nervio, serán proporcionados por el dentista. Entiendo que seré previamente notificado sobre el tratamiento adicional. Así mismo es de mi conocimiento que quizás el tratamiento no pueda ser realizado por la clínica dental móvil.

Los riesgos asociados con el tratamiento son: el niño(a) podría morderse accidentalmente, rasguñarse el labio o la mejilla si se usa anestesia; molestias, inflamación y sangrado temporario. De no ser recibido el tratamiento los riesgos que pueden ocurrir son: el no descubrimiento de enfermedades dentales, orales que pueden provocar fuertes dolores, inflamaciones y/o infecciones.

YO COMPRENDO QUE ES MI RESPONSABILIDAD INFORMAR A ESTA OFICINA DE CUALQUIER CAMBIO EN LA COBERTURA DE SEGURO DE MI HIJO (A), DE OTRO MODO YO SERÉ EL RESPONSABLE FINANCIERO POR TODOS LOS CARGOS REFERIDOS A SERVICIOS PRESTADOS A MI HIJO (A).

Yo expresamente excluyo a PRASAD Children's Dental Health Program, Inc., sus directores, oficiales, agentes, representantes, licenciados, sucesores, y asignados de todas y cada una reclamaciones (incluyendo el derecho de publicidad, derecho de privacidad, derechos de desempeño y derechos literarios) que tengan o puedan tener al originarse de la producción, reproducción, uso, transmisión, exhibición, distribución o promoción de alguna parte de esto.

Así mismo doy el consentimiento de que PRASAD Children's Dental Health Program, Inc. tenga los archivos médicos de mi hijo(a) en el caso de que se presente alguna emergencia. Así mismo doy el consentimiento que PRASAD Children's Dental Health Program, Inc. de dar y recibir información sobre la salud de mi hijo(a) con Sullivan o Ulster County Department of Family Services y otros servicios sociales y cualquier proveedor de salud.

Las recientes regulaciones de HIPPA se enfocan en proteger la confidencialidad del paciente. Uno de los componentes de esas regulaciones prohíbe dejar mensajes en los contestadores de los pacientes. Yo entiendo que con el fin de dar el mejor servicio posible, es necesario usar contestadores. Yo autorizo a PRASAD Children's Dental Health Program y a sus representantes a dejar información en mi contestador por servicios como recordatorio de tratamientos, turnos, confirmación de información o responder un llamado.

Entiendo que el presente consentimiento será válido hasta que exprese lo contrario de forma libre y notificando a PRASAD Children's Dental Health Program, Inc. por medio de una carta mi deseo de terminar el mismo. Afirmo que he leído y estoy de acuerdo con el presente consentimiento. He contestado las preguntas de acuerdo a la información que poseo y en forma satisfactoria. Entiendo que tengo el derecho de recibir respuestas sobre preguntas que pudieran surgir durante el tratamiento de mi hijo(a), así mismo comprendo que no hay garantías en el resultado del mismo. Entiendo que recibiré un informe sobre el tratamiento que mi hijo(a) reciba en la clínica.

Por medio de la presente yo autorizo a dar cualquier información medica/dental a la Compañía de Seguros, tercera parte pagadora, que sea necesaria para procesar mis reclamos de seguros. Yo designo el pago de los beneficios dentales pagaderos a: PRASAD Children's Dental Health Program, Inc. 465 Brickman Road, Hurleyville, NY. 12747.

Yo, afirmo que soy el tutor legal del niño(a) cuyo nombre aparece en las líneas al final de esta página, y al tener custodia legal sobre él puedo tomar decisiones sobre el cuidado de su salud a su nombre. Si mi hijo(a) recibe cuidado dental en la clínica, renuncio a cualquier tipo de reclamo en contra de aquellas personas que presten su servicio, a saber PRASAD Children's Dental Health Program, Inc., sus representantes o empleados en el desempeño de sus servicios.

Este consentimiento o declinación será obligatorio en mis ejecutores, administradores, herederos, legados y asignados y será interpretado y ejecutado de acuerdo a las leyes del estado de Nueva York exclusivo de su elección de reglas legales.

Requerido

5. Firma del Padre/Tutor X: _____ **Fecha** _____

RELACIÓN CON EL NIÑO (SI PADRES O TUTOR) _____