

POR FAVOR,
MARQUE



SI
 NO

Onsite Dental y Mercy Health Ronald McDonald Care Mobile estará en las escuelas de North Boone del 16 al 18 de marzo de 2020. Lea a continuación para obtener más información y asegúrese de firmar ambos lados de este consentimiento si desea que su hijo participe

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA REVISIÓN DENTAL

Estimado Padre o Tutor: -ONSITE DENTAL se ha asociado con su escuela local para organizar los servicios dentales preventivos para los niños elegibles. Estos servicios pueden incluir un examen, limpieza, tratamiento con flúor, selladores (una capa protectora en las superficies masticadoras de las muelas) y educación dental. Los dentistas certificados, higienistas y asistentes irán a la escuela de su niño con equipo dental portátil durante el día escolar. Para que su niño reciba estos servicios usted debe proporcionar toda la información solicitada abajo y firmar en el área indicada. A partir de Agosto 2015 algunos medicaid planes solamente cubren limpiezas y tratamientos de fluoruro una vez cada seis meses, independientemente de su lugar de servicio.

Si a usted no le interesa este programa, por favor escriba solamente el nombre de su niño y su fecha de nacimiento y marque "NO" en la parte superior de este formulario.

Nombre del Niño: (apellido, nombre)		Masculino __ Femenino __	Fecha de Nac.: (MM/DD/AAAA)
Teléfono de casa:	Teléfono celular:	Teléfono de trabajo:	
Correo electrónico: _____ @ _____ <small>por favor imprima ordenadamente</small>			
Dirección:	Ciudad:	C.P.:	Paíz:
Escuela:	Grado:		
Maestro:	Idioma Preferido:		

¿Tiene su niño algo en su historial médico que pudiera complicar su tratamiento dental?
¿Califica su niño para comidas gratis o a precio reducido? SÍ ____ NO ____
¿Está su niño inscrito en el Programa "ALL KIDS" (Ayuda Pública/Medicaid/Kid Care)? SÍ ____ NO ____
Si es sí, por favor incluya el número de identificación en la tarjeta médica de su niño:
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Tiene su niño cobertura dental con un seguro privado? SÍ ____ No ____
<i>Para obtener información sobre cómo usar un seguro dental privado, visite nuestra página web www.onsite-dental-services.com</i>

Al firmar este formulario, usted autoriza el tratamiento de su niño por uno de los proveedores mencionados en la lista. Su firma también verifica que usted ha leído los formularios proporcionados acerca de HIPAA. Esto también autoriza: la auditoría IDPH QA, que los proveedores regresen a su escuela y vuelvan a revisar los selladores dentales de su niño y que la escuela revele su información de domicilio y telefónica como sea necesario a: Onsite Dental. Yo en tienda que los planes de Medicaid solo podran cubrir limpiezas y tratamientos de fluoruro cada seis meses independientemente de su lugar de servicio. Esta autorización se vencerá a los 24 meses después de la fecha de la firma. Por la presente autorizo el pago de prestaciones dentales por los servicios descritos. Doy mi permiso para que el doctor presente formularios de reclamación de prestaciones de seguro en mi nombre y en representación mía, de mi cónyuge y/o de mi hijo(a) menor de edad.

Firma: _____	****Se necesitan dos firmas por favor, vea el reverso	Fecha: _____
¿Es usted legalmente responsable de este niño? Sí No	Parentesco: _____	

POR FAVOR lea estas explicaciones antes de firmar y otorgar el permiso
Para que su hijo sea atendido por el personal de Atención Móvil:

6. El Atención Móvil va a estar en una localidad por solamente 1 o 2 semanas a la vez. Debido a esto, Atención Móvil NO PUEDE hacerse responsable de completar las atenciones para este(a) niño(a) o de darle al niño(a) un tratamiento continuo.
7. Si Atención Móvil inicia un tratamiento para este niño(a) y no puede terminar los cuidados durante el tiempo en que está en su localidad, es responsabilidad de usted hacer los arreglos correspondientes para que este niño(a) reciba atención médica.
8. Cuando Atención Médica esté en su localidad el personal va a tratar de ayudarlo a encontrar un proveedor de servicios médicos, pero no podemos garantizar que esos arreglos se lleven a cabo.
9. SI no es posible hace arreglos para un cuidado de seguimiento, usted puede solicitar una copia del horario de Atención Móvil para hacer una cita en una localidad diferente y transportar a su hijo(a) a esa dirección.
10. POR FAVOR responda a todas las preguntas en el formulario de Historial Médico Pediátrico por completo y correctamente. Las respuestas que proporcione usted en ese formato nos van a ayudar a dar la mejor atención médica y dental para su hijo(a) de una manera segura. La información incorrecta puede ser peligrosa para la salud de su hijo(a).
 - POR FAVOR -- Si usted no entiende una pregunta – si usted no está seguro(a) de la respuesta – si usted desea hablar sobre una pregunta con el persona de Atención móvil, adjunte una nota al historial médico Pediátrico cuando devuelva esa forma.
 - El formato de Historial Médico Pediátrico se vuelve parte del historial médico de su hijo(a) dentro de Atención Móvil y se mantiene totalmente confidencial

CONSENTIMIENTO PARA ATENCIÓN DENTAL

- Yo doy mi consentimiento para un examen dental y el tratamiento, el cual puede incluir aplicación de fluoruro, selladores, limpieza

YO ENTIENDO Y CONSIENTO QUE

- He leído y entendido este formato de Consentimiento.
- Mis preguntas han sido respondidas de modo satisfactorio.
- Yo entiendo que tengo el derecho a recibir respuestas a las preguntas que me puedan surgir durante el tratamiento del(a) niño(a).
- Yo entiendo que no se garantizan los resultados de ningún tratamiento.
- Yo entiendo que soy libre de revocar mi consentimiento para el tratamiento en cualquier momento
- Yo entiendo que este Consentimiento para Tratamiento Médico/Dental permanecerá en efecto hasta que yo elija darlo por terminado.
- Se me ha ofrecido una copia del Aviso de las Normas de Privacidad Conjunta del MercyHealth.

Firma del Padre/madre o tutor legal

Fecha en que firma