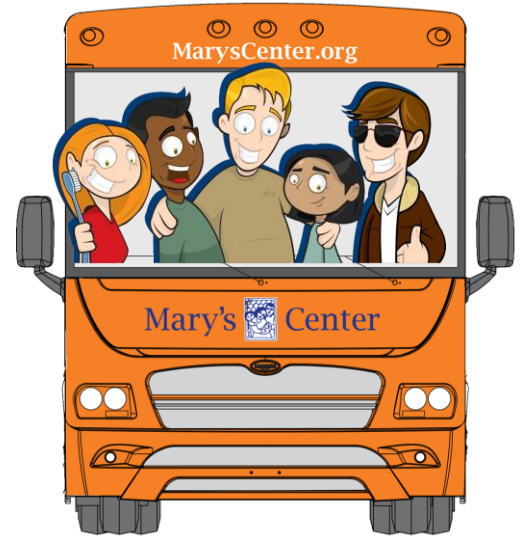


Mary's Center Dental Cruiser



Formulario de Consentimiento - Padre o Guardián

El Crucero Dental de Mary's Center recorre las escuelas para ofrecer cuidado y atención dental.

Está interesado en nuestro programa dental?

SÍ, deseo que mi hijo reciba la atención dental en el Crucero Dental de Mary's Center. He leído y entiendo la información en este formulario. Doy permiso para que mi hijo reciba el tratamiento dental. Yo soy el tutor legal del niño.

Para hacer una cita dental, por favor llame al (301) 422-5934.



He contestado todas las preguntas en su totalidad. Informaré a mi dentista si hay algún cambio en mi salud y / o medicamentos. Entiendo que en el curso del tratamiento dental puede ser necesario realizar procedimientos adicionales que no se sabía al comienzo del tratamiento. Solicito y doy mi consentimiento para que el dentista pueda llevar a cabo estos procedimientos a su criterio durante la cita dental en caso de ser necesarios. Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba los siguientes tratamientos dentales en el Crucero Dental de Mary's Center en caso de ser requeridos: Rayos X, chequeo dental, tratamientos de fluoruro, limpieza dental, sellantes (cubierta protectora sobre los dientes), calzas (blancas y de plata), extracciones (sacar dientes), pulpotomías (eliminación de los nervios de los dientes) y coronas de acero inoxidable. Para algunos procedimientos se utilizará anestesia local o medicina para adormecer el diente.

FIRMA: _____ **Fecha:** _____

*** Solamente los niños con un formulario de consentimiento firmado serán tratados ***

Nombre (en letra de imprenta): _____

Nombre de su hijo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguro Social: _____ Sexo (circule uno) M / F

Número de teléfono (C) _____ (H) _____

En caso de emergencia, cuando un padre o familiar no esté disponible, por favor llame a:

Nombre: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Escuela: _____ Grado: ____ Maestro: _____ Numero de ID del niño: _____

Por favor llene y regrese este formulario de consentimiento

Por favor marque la nacionalidad de su hijo; esta información se mantendrá en privado:

Blanco Asiático Hispano / Latino Multi-razas Negro / Afro Americano Indio Americano

Otro: _____

Tiene su hijo alguno de los siguientes seguros dentales?

Medicaid No seguro dental Otro seguro dental: _____

Número de la tarjeta de seguro dental: _____

Tiene su hijo un dentista? Si No

En caso afirmativo, indique el nombre y la dirección del dentista:

Cuándo fue la última visita al dentista?

0 - 6 meses 6-12 meses 2 años Nunca

Está su hijo tomando algún medicamento?

Sí No En caso afirmativo cuál es el nombre de la medicina? _____



Tiene su hijo alguna de las siguientes condiciones?



Asma

Hepatitis

Problemas de sangrado

Alergia al látex

Problemas del corazón

Fiebre reumática

Tuberculosis

Ataques

Otros: _____

Nuestra misión en el Crucero Dental de Mary's Center es incrementar el acceso a la atención dental por medio de la detección, educación, prevención y tratamiento.

Para obtener más información, por favor llame al (301) 422-5934.



El Crucero Dental de Mary's Center es orgullosamente patrocinado por: UNITED HEALTH FOUNDATION®