

¿Su niño está siendo visto por un dentista? ☐ Sí* ☐ No **Si actualmente tiene un dentista, por favor continúe cuidando con ellos.*

☐ **ALTO** **No, No autorizo la participación de mi hijo en el Programa Dental Escolar.**
**Damos la bienvenida a todos los pacientes. Si ya ha establecido el cuidado con otro proveedor, le pedimos que continúe con su cuidado.*

☐ **GO** **Sí, doy permiso para que mi hijo participe en el programa dental de la escuela.**
Por la presente autorizo a Forward Health o a mi compañía de seguros a que se le emita una reclamación por servicios facturables. Entiendo que se me pueden cobrar los cargos no cubiertos por mi copago o seguro y es mi responsabilidad verificar los beneficios de la cobertura dental de este estudiante.

¿Su hijo es actualmente un paciente en Lakeshore Community Health Care? ☐ Sí ☐ No

Fecha: _____ Escuela del niño: _____ Grado: _____

Primer nombre del niño: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Apellido: _____ Apellidos anteriores: _____

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Sexo Legal	Gender Identity	Sex Assigned at Birth	Sexual Orientation
☐ Femenino	☐ Femenino ☐ Otro	☐ Mujer	☐ Heterosexual
☐ Masculino	☐ Masculino ☐ Transgénero Femenino	☐ Hombre	☐ Bisexual
☐ No binario	☐ No binario ☐ Transgénero Masculino	☐ Prefiere no revelar	☐ Gay
	☐ Prefiere no revelar		☐ Lesbiana
			☐ Queer
			☐ Algo diferente
			☐ Prefiere no revelar

¿Está el paciente sin hogar? ☐ Sí ☐ No

Dirección del paciente: _____ Apto./Lote #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ ☐ Residencia ☐ Trabajo ☐ Móvil
Segundo teléfono: _____ ☐ Residencia ☐ Trabajo ☐ Móvil

Comunicación preferida: ☐ Mensaje de texto* *Pueden aplicarse tarifas de mensajes de texto.* ☐ Llamada
☐ Dirección de correo electrónico: _____

Nombre completo del contacto de emergencia: _____ Teléfono: _____

Parentesco con el paciente: _____ Tutor legal: ☐ Sí ☐ No

Estado Civil del paciente	Etnicidad	Raza (Marque todas las que correspondan)	Veterano
☐ Divorciado	☐ No hispano o Latino	☐ Nativo de Alaska ☐ Asiático Indio	☐ Sí
☐ Pareja de hecho	☐ Cubano	☐ Indio Americano ☐ Chino	☐ No
☐ Separado legalmente	☐ Mexicano, Mexicano Americano, Chicano	☐ Negro/Afroamericano ☐ Filipino	
☐ Casado	☐ Puertorriqueño	☐ Nativo de Hawái ☐ Japonés	
☐ Otro	☐ Otro origen hispano, Latino o Español	☐ Otros Isleños del Pacífico ☐ Coreano	
☐ Pareja	☐ Prefiere no revelar	☐ Guameño/Chamorro ☐ Vietnamita	
☐ Soltero		☐ Samoano ☐ Otro asiático	
☐ Viudo		☐ Blanco/Caucásico	
☐ Prefiere no revelar		☐ Prefiere no revelar	

Asistencia de Accesibilidad
☐ Silla de ruedas
☐ Discapacidad auditiva
☐ Dificultad del habla
☐ Discapacidad visual
☐ Otros: _____

Idioma preferido: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Hmong ☐ Otro: _____

Necesita intérprete: ☐ Sí ☐ No

Situación Laboral del paciente

- ☐ Niño ☐ Estudiante ☐ No Empleado ☐ Tiempo parcial ☐ Por temporada
☐ Tiempo completo ☐ Servicio militar activo ☐ Jubilado ☐ Trabajadores por cuenta propia

Empleador: _____

¿Quién es legal y financieramente responsable de las decisiones dentales y médicas del paciente?

- ☐ El paciente ☐ Padre ☐ Pariente ☐ Tutor ☐ Apoderado ☐ Trabajador social

Información de la persona responsable (Omitir si es uno mismo)

Nombre completo: _____ Sexo Legal: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ No binario

Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ Apto./Lote #: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Email: _____
☐ Residencia ☐ Móvil ☐ Trabajo

Parentesco con el paciente: _____

Situación Laboral

Empleador: _____

- ☐ Tiempo completo ☐ Trabajadores por cuenta propia ☐ No Empleado
☐ Tiempo parcial ☐ Jubilado ☐ Por temporada ☐ Servicio militar activo

Proporcione una copia de la documentación de la orden de custodia.

Por ejemplo: Orden de tutela, designación de apoderado de salud con poder notarial, consentimiento de servicio médico, etc.

SEGURO (Por favor marque todo lo que corresponda)

- ☐ El paciente no tiene seguro DENTAL.
☐ El paciente tiene seguro DENTAL, incluido State/BadgerCare.

Nombre completo del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____

Número de grupo/póliza: _____ Número de identificación de miembro: _____

Si necesita medicamentos, indique su farmacia preferida con ubicación: _____

Ejemplo: Walgreens Two Rivers, Walmart Sheboygan South

- ☐ El paciente no tiene seguro MÉDICO.
☐ El paciente tiene seguro MÉDICO, incluido State/BadgerCare.

Nombre completo del titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la compañía de seguros: _____

Número de grupo/póliza: _____ Número de identificación de miembro: _____

Fecha del último examen médico del niño: _____ Peso: _____ Estatura: _____ MRN: _____
Sólo para uso del consultorio

☐ Sí ☐ No ¿Tiene alguna preocupación sobre los dientes o la salud dental de este niño? De ser así, por favor, explique:

☐ Sí ☐ No ¿Toma su hijo algún medicamento? Si responde sí, enumérelos:

☐ Sí ☐ No ¿Tiene su hijo alguna alergia? Si responde sí, explique: _____

☐ Sí ☐ No ¿Ha tenido su hijo alguna vez una enfermedad grave o una operación? Si responde sí, explique:

☐ Sí ☐ No ¿Ha tomado su hijo alguna vez un medicamento previo (antibiótico) antes de una visita al dentista? Si responde sí, explique:

☐ Sí ☐ No **¿Su hijo tiene alguna condición médica? En caso afirmativo, marque las casillas a continuación que correspondan:**

- | | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ Abuso infantil (víctima) | ☐ Fractura de mandíbula | ☐ Endocarditis cardíaca | ☐ Antecedentes de infección MRSA |
| ☐ ADD/ADHD | ☐ Cáncer | ☐ Historia de la transfusión sanguínea | ☐ Enfermedad nerviosa/muscular |
| ☐ Alergias | ☐ Depresión | ☐ VIH/SIDA | ☐ Embarazo |
| ☐ Anemia | ☐ Diabetes mellitus | ☐ Enfermedad hepática | ☐ Convulsiones |
| ☐ Ansiedad | ☐ Enfermedad cardíaca | ☐ Meningitis | ☐ Anemia falciforme |
| ☐ Asma | ☐ Insuficiencia cardíaca | ☐ Trastorno de salud mental | ☐ ETS |
| ☐ Autismo | ☐ Soplo cardíaco | ☐ Úlceras estomacales | ☐ Derrame cerebral |

Anote abajo las fechas de diagnóstico e información sobre problemas médicos. *Ejemplo: última convulsión, o semanas de embarazo:*

Autorización para Tratamiento

Por la presente reconozco, acepto y doy mi consentimiento para el diagnóstico, y tratamiento dental, según lo considere necesario el Centro de atención médica comunitaria de Lakeshore (Lakeshore Community Health Care, LCHC) y según lo considere apropiado mi proveedor de tratamiento, sus asistentes o personas designadas. Esta autorización incluye, entre otros, procedimientos rutinarios, radiografías, tratamiento con fluoruro, limpiezas, selladores, empastes, anestesia, fluoruro diamino de plata, coronas*, endodoncias*, pulpotomías*, extracciones simples* (*servicios sólo para dientes de leche) y otras pruebas o procedimientos. También autorizo que se compartan copias de la historia clínica a otros médicos y centros de atención médica, según lo considere necesario cualquier médico o proveedor bajo quienes esté mi cuidado. Soy consciente de que la práctica de la medicina no es una ciencia exacta y reconozco que no se me ha otorgado ninguna garantía como resultado del examen y el tratamiento recibidos. Reconozco que mi atención está bajo la dirección de mi proveedor de tratamiento y que LCHC seguirá las instrucciones de mis proveedores en el puesto de dicha atención.

Entiendo que soy financieramente responsable ante LCHC como el paciente, tutor y protector o asegurado, de todos los servicios no cubiertos por el seguro. Los costos pueden incluir deducibles de seguro médico o dental, coaseguro y gastos personales.

Acepto la notificación de las prácticas de privacidad y los derechos y responsabilidades del paciente de LCHC. LCHC forma parte de un acuerdo de atención médica organizada que incluye participantes de OCHIN. Una lista actualizada de los participantes de OCHIN está disponible en www.ochin.org. Como asociado comercial de LCHC, OCHIN suministra tecnología de información, incluido LAKESHORE Health Connect y servicios relacionados a LCHC y otros participantes de OCHIN. OCHIN también participa en actividades de evaluación y mejora de la calidad en nombre de sus participantes. Por ejemplo, OCHIN coordina actividades de revisión clínica en nombre de las organizaciones participantes para establecer normas de mejores prácticas y acceder a los beneficios clínicos que se pueden derivar del uso de sistemas de registros médicos electrónicos. OCHIN también ayuda a los participantes a trabajar en colaboración para mejorar la gestión de las remisiones internas y externas de pacientes. LCHC puede compartir su información médica con otros participantes de OCHIN cuando sea necesario para fines de operación de atención médica del acuerdo de atención médica organizada.

Acepto que LCHC se comuniquen con mi médico para que comparta información médica relacionada con las necesidades dentales de mi hijo. Estoy de acuerdo en el intercambio de información entre la escuela de mi hijo y el programa dental de LCHC. Entiendo que me pueden cobrar cargos adicionales que no cubre mi copago o seguro.

Firma del paciente (o padre/madre/tutor/representante legal)

Fecha

El fluoruro diamino de plata puede recomendarse para tratar a su hijo, especialmente a los más pequeños o a los niños con mucha ansiedad. Por favor, revise la siguiente información, póngase en contacto con nuestro coordinador del programa dental de la escuela con cualquier pregunta, firme y ponga la fecha en la parte inferior.

MRN: _____
Sólo para uso del consultorio

Consentimiento para tratamiento con fluoruro diamino de plata: ☐ SÍ ☐ NO

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

El fluoruro diamino de plata (FDP) es un medicamento líquido que se aplica a un área de caries activa para eliminar las bacterias que la causan, evitar la formación de una capa de placa en la superficie tratada y fortalecer el diente.

Es muy importante que usted sepa que el tratamiento de las caries con este medicamento producirá cambios de en las lesiones (caries). Las áreas del diente con caries dentales activas se volverán de color negro oscuro a medida que el medicamento actúa. Las áreas sanas del diente no se verán afectadas y seguirán con el color natural del diente de su hijo. El color negro indica que el tratamiento es exitoso.

Antes



Después



*Ejemplos de dientes
tratados con fluoruro
diamino de plata.*

- Si el fluoruro diamino de plata entra en contacto con la piel/encías, se producirá una decoloración temporal.
- El fluoruro diamino de plata puede decolorar los dientes que tienen restauraciones del color del diente (resina), y el esmalte desmineralizado (suave).
- Los pacientes que son alérgicos a ciertos metales, incluida la plata, NO deben recibir el FDP.
- Se utilizará un barniz de fluoruro de sodio al 5% para sellar el fluoruro diamino de plata en los dientes, así como para prevenir otras caries.
- El paciente puede necesitar varios tratamientos con fluoruro diamino de plata. No se pueden garantizar los resultados.

Es importante que sepa que este medicamento tratará las bacterias que causan la destrucción del diente, pero no restaurará (empastará) la estructura dental que ya haya sido afectada por el proceso de la enfermedad. **Es posible que siga necesitando una restauración de los dientes (empastes, coronas y, posiblemente, un tratamiento del nervio) si hay alguna pérdida de estructura dental.** El tiempo del tratamiento adicional variará, y analizaremos la mejor forma de brindar este tratamiento para garantizar que usted lo reciba de la forma menos invasiva, más predecible y menos traumática posible.

Autorizo a LCHC a que me brinde el tratamiento dental como se analizó. También entiendo que es posible que mi seguro no cubra este tratamiento (si procede) y que cualquier estimación de la cobertura de seguro que haya analizado cualquier miembro del personal se me ha proporcionado como cortesía. Es mi responsabilidad comunicarme con mi compañía de seguros dentales (incluido cualquier seguro que brinde el estado) para analizar y entender mi póliza.

Acepto informar a Lakeshore Community Health Care sobre cualquier cambio en mis antecedentes médicos. Esta autorización expira en un año a partir de la fecha indicada a continuación, a menos que se revoque verbalmente o por escrito.

Firma (padre/tutor/representante legal)

Fecha

Sólo para uso del consultorio: ☐ Anterior ☐ Posterior LCHC Staff Initials: _____

OBLIGATORIO PARA TODOS LOS PACIENTES

Nombre Completo: _____ Fecha: _____

Número de miembros de la familia en el grupo familiar: _____

Ingresos del grupo familiar \$ _____ ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Anual **O MARQUE ABAJO:**

- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
| ☐ Menos de \$14,500 | ☐ \$25,000 - \$29,999 | ☐ \$40,000 - \$44,999 | ☐ \$55,000 - \$59,999 | ☐ \$70,000 - \$74,999 |
| ☐ \$14,501 - \$19,999 | ☐ \$30,000 - \$34,999 | ☐ \$45,000 - \$49,999 | ☐ \$60,000 - \$64,999 | ☐ Más de \$75,000 |
| ☐ \$20,000 - \$24,999 | ☐ \$35,000 - \$39,999 | ☐ \$50,000 - \$54,999 | ☐ \$65,000 - \$69,999 | ☐ Prefiere no revelar |

Animamos a los pacientes a solicitar la atención con descuento, incluso si tiene seguro. LCHC está obligado a comunicar anónimamente los ingresos de los pacientes a la Administración de Recursos y Servicios Sanitarios de los EE.UU. para recibir la subvención que financia el programa de atención con descuento.

PARA RECHAZAR LA ATENCIÓN CON DESCUENTO FIRME ABAJO**No deseo solicitar la atención con descuento en este momento.**

Firma: _____ Fecha: _____

PARA SOLICITAR LA ATENCIÓN CON DESCUENTO FIRME ABAJO*Proporcione la documentación dentro de los 30 días para ver si califica para la atención con descuento.*

Adjunte copias de su formulario 1040 del IRS más reciente, carta de concesión de ingresos de la seguridad social, recibos de sueldo de los últimos 30 días y/o justificantes de los ingresos que se indican abajo. Si no se facilitan los registros completos, no se aplicará la tarifa variable de descuento a los servicios. El paciente será responsable de todos los gastos.

LOS INGRESOS PUEDEN INCLUIR: Ingresos ganados gravables, ingresos netos gravables por trabajo independiente, ingresos del seguro social, seguro/beneficios del seguro social por discapacidad (Social Security Disability Insurance, SSDI), pensión alimenticia/manutención conyugal, subsidio por desempleo, ingresos gravables (pensión, jubilación, ingresos periódicos, intereses, patrimonio/fideicomisos, etc.)

Enumere a **TODOS** los dependientes (INCLUIDO USTED) que indicaría en su declaración de impuestos, sus edades e ingresos.

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	FUENTE DE INGRESOS	GANANCIAS NETAS	QUINCENAL, MENSUAL O ANUALMENTE

Acepto que la información arriba es correcta y que se informaron todas las fuentes de ingreso. Informaré cualquier cambio en los ingresos y volveré a presentar la solicitud cada doce meses, incluso si no se producen cambios. El incumplimiento de estas condiciones puede descalificarme para recibir atención con descuento en Lakeshore Community Health Care en el futuro.

Firma del paciente (o padre/madre/tutor/representante legal)

Fecha