

Historia Medica del Programa Dental

Por favor complete en boligrafo y entreguelo pronto al maestro/a

Nombre del niiiio/a: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Masculino o Femenino
(Nombre) (M.I.) (Apellido) (mes / dia / aiiilo)

Grado: _____ Salon #: _____ Maestro/a: _____ Escuela: _____

Dirección de su casa: _____ Ciudad: _____ Zip: _____

Email de los padres: _____ Pt1rm mtf s informt: 1ciff11., vt1gt1t:1. **VDHA, Inc.**

- Si*, Doy penniso a mi nifio a participar en el programa dental con base escolar preventivo. Favor de facturar estos servicios a la apropiada Compafiia de Seguros. *Favor de coW1.pletar la for-WI.a coW1.pleta y firwte abajo*
- No, No doy penniso a mi nifio para participar en el programa dental. *Favor de completo.r el noWtbre y gr-ado so/o.mente*

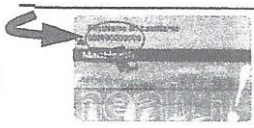
Informacion General:

1. ¿Que idioma habla mejor su *hijo/a*? _____ ¿Que idioma hablan los *padres* en casa? _____
2. ¿Que es el origen de su hijo/a?
 Afro-Americano/Negro Asiatico Blanco Hispanico/Latino Mas de un Otro _____

Informacion Sohre Salud:

3. ¿Tiene su hijo/a un doctor aJ que acude regu]armente? SI NO El nombre doctor: _____
4. ¿Su hijo/a visi la regufannente a un dentista para revisiones dentales? SI NO
Si la resp1lest,a, es SI, por favor escriba el nombre dentista: _____
5. En general, ¿Como considera usted la salud de los dientes y la boca de su hijo/a?
 Excelente Muy buena Buena Regular Mala
6. Actua]mente, ¿esta su nifio/a tomando alguna medicina? SI NO
Si la respuesta es SI, por favor escriba el nombres de las medicinas: _____
7. ¿Alguna vez un rmedico/dentista le ha dicho que su nifio necesita tomar antibióticos antes de tratamientos dental? SI NO
8. ¿Alguna vez ha tenido su nifio/a alguna de las enfetmedades o condiciones a continuaci6n?
 ADDADHD Diabetes Hepatitis Fiebre reumatico Alergia a medicina
 Anemia Epilepsia Soplo en el Coraz6n Convulsiones/Ataques SIDNIH
 Asma Problemas del Corazon Riii6n/Higado Tuberculosis ...
9. ¿Tiene su nmo/a algun otra probJerna de saJud? SJ NO **Si Ja respuesta es SI**, explique: _____
10. ¿Tiene su nino/a al©, in tipo de alergfas? SJ NO **Si Ja respuesta es SI**, marque cuales o explique: _____
 Antibioticos/Penicijfua Colophonium Aspirina Latex Resinas/Rosins Alimentos/Nueces/Otros:....
11. ¿Tiene su nino/a seguro dentaj? SJ NO Si NO ¿quiere ayuda para obtener seguro dental para su nifio/a? SI NO Si su nifio/a tiene seguro dental, por favor complete la informaci6n:

MassHealth (solo)
Nifio/a Nombre (en la tarjeta): _____
Numero de Seguro (RID) - 12 digitos ' _____



Informacion de Otro Se <input type="checkbox"/> (excepto MassHealth)
Aseguradora: _____
Direcci6n: _____
Asegurado: _____
Asegurado ID #: _____
Asegurado: fecha de nacimiento (m/d/año) ____ / ____ / ____
Grupo/ P6lizia # _____
Nombre de la Empresa: _____

Por la presente yo entiendo que **VDHA, Jn C.** pueden utilizar esta informaci6n para tratamiento, pago, y operaciones de salud. He recibido la informaci6n sobre los derechos a la Privacidad y el Programa He leído y entendido el programa dental y los servicios dentales que se proveerán a mi niño y doy consentimiento para que mi niño participe del programa. Yo entiendo que estos servicios no deben ser un examen dental por un dentista. Yo entiendo que mi niño debe ser examinado por un dentista dentro de los siguientes 90 días. Yo entiendo que mi niño puede continuar recibiendo cuidado dental mediante cualquier proveedor. Yo autorizo que el programa dental provea un resumen escrito de los servicios designados a los oficiales escolares y referir a mi niño a su dentista regular de ser necesario. Yo entiendo que el programa provee una lista de dentistas de JjU area y, me, k proveer asistencia para encontrar un dentista de ser necesario.

En el caso de tener seguro dental Yo autorizo a ser facturado por los servicios recibidos. Yo entiendo que este formulario puede ser usado para fines de negocios.

X _____ Fecha ____/____/____ Relacion con el Menor: _____
Finna del Padre/Guardian (mes / dla / an)

Nombre: _____ Telefono# _____ Telefono m6vil# _____