

Clínica Dental *Future Smiles* Consentimiento para Tratamiento



La clínica dental **Future Smiles en Wakefield Elementary** proporciona servicios completos de cuidado dental para los niños que tienen *Medicaid (MCNA o Delta Dental)* y para los que no tienen seguro privado. La clínica está localizada dentro de la escuela *Wakefield Elementary* y es patrocinada por *UALR Children International, Arkansas Children's Hospital, Little Rock School District, Arkansas Department of Health and Heart of Arkansas United Way* junto con otras organizaciones. **Todos los servicios dentales son sin ningún costo para usted y su familia.** (El transporte está disponible de *Bale y Stephens* durante las horas de escuela).

Para calificar su niño debe:

- Asistir a alguna escuela del Distrito Escolar de Little Rock o estar inscrito en UALR Children International.
- **NO** ser un paciente activo en una práctica dental, también conocida como oficina dental. (Una oficina dental es un lugar donde se provee el cuidado de salud oral de su niño por un dentista con licencia en forma continua. No es nuestra intención interrumpir una relación continua con una oficina dental).
- **NO** tener un seguro dental privado, que no sea Medicaid (MCNA o Delta Dental)

Si a usted le gustaría que su niño recibiera servicios en *Future Smiles*, por favor firme abajo y complete el formulario de salud adjunto. Por favor regrese todos los formularios a la maestra(o) de su niño y nosotros lo programaremos.

SI LE GUSTARÍA PROGRAMAR UNA CITA A SU CONVENIENCIA, LLAME AL 447 6645.

Sí. Quiero hacer de Future Smiles la oficina dental de mi hijo/a.

Complete

Nombre _____ Apellido _____ Edad _____
 Fecha de Nacimiento _____ NSS# _____ Sexo (CIRCULE) M o F
 Escuela _____ Maestro _____ Grado _____
 Tel. de Casa/Celular _____ Tel. del Trabajo: _____
 Correo electrónico _____ Contactarme por: Llamada Texto Correo electrónico
 Dirección _____
 ¿Cobertura de Medicaid/ARKids 1st? Sí No Póliza # _____
 ¿Qué seguro dental de Medicaid tiene su hijo? Delta Dental MCNA Ninguno
 Nombres y Fechas de Nacimiento de Hermanos/Hermanas _____

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

Por este medio autorizo a los empleados de la Agencia Operativa de Apadrinamiento (AOA) de UALR Children International y a Children International ("CI") para revelar la información de salud de mi niño a los padrinos, asociados de negocios y otras personas afiliadas con el programa de apadrinamiento como sea necesario para lograr las metas del programa de apadrinamiento de UALR Children International. También autorizo a la AOA y a Children International para que obtengan la información de salud de mi niño de los proveedores del cuidado de salud. Yo entiendo que la adquisición de la información de salud de mi niño y cualquier revelación subsiguiente será con el propósito de informar a los padrinos sobre mi niño y que las revelaciones terminarán al terminar la participación de mi niño en el programa.

Entiendo que Children International y la AOA han adoptado políticas y procedimientos apropiados para prevenir la revelación inapropiada de la información de salud protegida que ellos puedan recibir. Además, certifico que la Agencia de Apadrinamiento UALR Children International y Children International me han ofrecido una NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD completa como lo requiere la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de Seguros Médicos de 1996 (HIPAA). Por este medio reconozco que yo he ya sea aceptado y recibido una NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD o que en estos momentos yo específicamente elegí no recibir una copia completa de estas prácticas y derechos. Entiendo que las declaraciones detalladas de las NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD están disponibles y pueden ser obtenidas en cualquier momento de las oficinas de UALR Children International o de Children International y serán proveídas al abajo firmante a su solicitud.

Yo entiendo que ejecutar esta autorización es voluntario, la participación en el programa no depende de la ejecución de esta autorización, y que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Una revocación debe ser por escrito y presentada a UALR Children International o Children International. Entiendo que la revocación no aplicará a la información que ya ha sido revelada en respuesta a esta autorización y que tal información puede estar sujeta a una re-divulgación no autorizada por un padrino del programa fuera del control de la AOA y Children International, lo cual podría no estar protegido por las reglas federales de privacidad.

Nombre del Padre/Tutor (Por favor escriba con letra de imprenta) _____

Firma del Padre/Tutor _____ Yo certifico que he sido nombrado como el Tutor legal del niño mencionado arriba.

Fecha _____



Por favor complete la siguiente página →

Clínica Dental *Future Smiles*

CONSENTIMIENTO/HISTORIAL MÉDICO

Nombre del Niño: _____

Proveedor Primario del Cuidado Médico del Niño _____ Tel. _____

1) ¿Está su niño bajo el cuidado de un médico por algún problema médico? Sí No No sé

Si la respuesta es sí por favor explique: _____

2) ¿Alguna vez ha tenido su niño alguna enfermedad u operación grave? Sí No No sé

Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

3) ¿Está su niño tomando algún medicamento? Sí No No sé

Si la respuesta es sí, por favor enliste todos los medicamentos (incluyendo los medicamentos vendidos sin receta y los medicamentos de hierbas)

Medicamento	Dosis	Frecuencia

****Por favor enumere los medicamentos adicionales en el reverso de esta página.**

4) ¿Tiene su niño alguna alergia a medicamentos/alimentos? Sí No No Sé

Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

5) ¿Ha tenido su niño historial de dificultades con las siguientes condiciones? (Marque todas las que apliquen)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> SIDA/Infección VIH | <input type="checkbox"/> Leucemia o cáncer | <input type="checkbox"/> Trasplantes – si la respuesta es Sí, explique:
_____ |
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Articulaciones protésicas | <input type="checkbox"/> Asma – ¿Con qué frecuencia usa el inhalador?
_____ |
| <input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre/
productos | <input type="checkbox"/> Tratamiento de
radiación | <input type="checkbox"/> Diabetes – ¿Cómo se controla?
_____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas de conducta | <input type="checkbox"/> Ataques o convulsiones | |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática o Enfermedad
reumática del corazón | |
| <input type="checkbox"/> Catéter venoso central o Port | <input type="checkbox"/> Shunt (Cerebro) | <input type="checkbox"/> Soplo/Defecto en el corazón (Si la
respuesta es sí; debe tener la nota del
médico antes de recibir tratamiento). |
| <input type="checkbox"/> Infecciones del oído | <input type="checkbox"/> Enfermedad de las
células falciformes | <input type="checkbox"/> Otra:
Explique _____ |
| <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo | <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) | |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis o problemas del
hígado | | |
| <input type="checkbox"/> Hiperactividad o ADD/ADHD | | |

Yo he leído y entiendo lo siguiente:

Drogas y Medicamentos – Yo entiendo que los antibióticos, los analgésicos, la anestesia local y otros medicamentos pueden causar reacciones alérgicas causando enrojecimiento e hinchazón de los tejidos, dolor, comezón, vómito y reacción anafiláctica.

Rellenos – Yo entiendo que se debe tener cuidado al masticar sobre rellenos, especialmente durante las primeras 24 horas para evitar el rompimiento de los mismos. Yo entiendo que una sensibilidad significativa es un efecto común después de que se coloca un relleno.

Extracción de dientes – Yo entiendo que el extraer los dientes no siempre elimina toda la infección, si ésta se presenta, y puede ser necesario que se dé más tratamiento. Yo entiendo los riesgos que se toman en la extracción de dientes; algunos de los cuales son dolor, hinchazón, propagación de la infección, alvéolo seco, pérdida de sensibilidad en los dientes, labios, lengua y tejidos circundantes que pueden durar por un periodo de tiempo indefinido, o una mandíbula fracturada.

Administración de Óxido Nitroso (gas hilarante) – El Óxido Nitroso/oxígeno es quizás el sedante más seguro en odontología. No es adictivo, es suave, fácil de tomar, y luego fácilmente eliminado por el cuerpo. Su niño permanece completamente consciente y mantiene todos los reflejos naturales al respirar el Óxido Nitroso/oxígeno.

Yo entiendo que la odontología no es una ciencia exacta y que, por lo tanto, los practicantes respetables no pueden garantizar los resultados. Yo reconozco que no se me ha dado ninguna garantía en relación con el tratamiento dental que he solicitado y autorizado para mi niño. He tenido una oportunidad completa para discutir y hacer preguntas relacionadas con el tratamiento dental, y todas las preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Por la presente, yo acuerdo liberar y exonerar a UALR Children International y a Little Rock School District, sus directores, oficiales, empleados, agentes y asignados, incluyendo sin limitación a los profesionales dentales voluntarios que presten el cuidado dental, de cualquier y toda responsabilidad, demandas, costos o gastos que estén de cualquier manera relacionados con la participación del niño mencionado, en el programa dental de la clínica Future Smiles.

Autorizo a mi compañía de seguros a enviar cualquier beneficio que se deba en mi nombre directamente al Programa Dental Future Smiles.

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

**Yo certifico que he sido asignado como el Tutor del niño citado arriba.