

## SECCION 1 – REGISTRO

### \*INFORMACION DEL ESTUDIANTE:

Primer Nombre

Apellido

Seguro Social \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino

Escuela \_\_\_\_\_ Ciudad/Provincia \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_

### \*FAVOR ESCOGER UNA ALTERNATIVA:

☐ Mi niño **SI** tiene dentista de cabecera. ☐ Mi niño **NO** tiene dentista de cabecera.

### \*FAVOR ESCOGER LOS SERVICIOS QUE LE GUSTARIA QUE SU HIJO RECIBA:

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <b>Barniz de flúor:</b> una capa protectora puesta sobre los dientes para fortalecer el esmalte (hasta 3 años).                                                                                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> | <b>Selladores:</b> un material de plástico puesto en los surco profundos de los dientes permanente para ayudar a prevenir caries.                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> | <b>Fluoruro de Diamino de Plata:</b> liquid aplicado en el diente que detiene la carie y pone el área con carie negra.                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> | <b>Limpieza Dental:</b> eliminación de placas/sarro y desechos mediante el uso de instrumentos manuales y una capa de pulimiento. (el servicio no es permitido si su niño tiene dentista de cabecera. Es mejor que su niño siga viendo a su dentista regular para este servicio!) |
| <input type="checkbox"/> | <b>Relleno Temporal:</b> un material temporal puesto en las cavidades para dar una solución de temporal hasta que se pueda poner un relleno permanente. NO hay perforación.                                                                                                       |
| <input type="checkbox"/> | <b>Extracción de diente de bebé:</b> cualquier diente de bebé MUY suelto que necesita removerse por una carie o placa gruesa.                                                                                                                                                     |

\*LA ETNICIDAD DE MI HIJO ES: ☐ Amerindio/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Afroamericano ☐ Caucásico  
☐ Nativo de Hawái/Isla del Pacífico ☐ Otras

\*LA ETNIA DE MI HIJO ES: ☐ Hispano ☐ No Hispano

### \*FAVOR ESCOGER EL QUE APLIQUE A SU HIJO:

\_\_\_\_\_ Mi hijo no tiene Seguro/aseguradora dental.

\_\_\_\_\_ Mi niño está cubierto bajo KanCare # \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Mi niño tiene Seguro/aseguradora dental privado. **(Favor llenar completamente)**

Nombre del titular en la tarjeta: \_\_\_\_\_ Fecha nac. Del titular de la tarjeta: \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_ # Seguro social del titular de la tarjeta: \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro/aseguradora dental: \_\_\_\_\_

Dirección del Seguro/aseguradora dental: \_\_\_\_\_ Ciudad/estado: \_\_\_\_\_

Poliza #: \_\_\_\_\_ Grupo #: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

KPCHC paga el costo de los servicios pero requiere toda la información disponible del Seguro dental para fines de facturación. Usted no será responsable de pagar ninguna parte de estos pero si tiene Seguro/aseguradora dental, se le facturará a su compañía de aseguradora. Al firmar abajo, autoriza a KPCHC a divulgar información requerido por su Seguro dental, necesario para el proceso de reclamos y autoriza el pago directo a KPCHC. Favor revisar con su Seguro dental sobre la cobertura de las aplicaciones de fluoruro si escoge divulgar esta información. Confirmando que la información de salud es verdadera en lo mejor de mi conocimiento y contactare a la escuela lo más pronto posible si existe algún cambio. El personal de KPCHC tratará toda la información de salud confidencial (PHI), bajo las regulaciones de HIPAA, intercambiando PHI solo con el personal empleado por KPCHC y de la escuela quien es responsable por el tratamiento médico y/o revisión de registros. Al firmar abajo, estoy de acuerdo y entiendo.

*“Doy mi consentimiento para asistencia médica profesional de servicio dental en KPCHC. Todos los servicios son voluntarios, coerción prohibida y no se requiere ningún prerrequisito. No hay, ningunas ordenes de la corte que me prohíba firmar este documento de consentimiento. Yo aquí pido y autorizó la asistencia médica y del personal para proveer los servicios necesarios para el niño nombrado arriba.”*

**\*INFORMACION DEL PADRE/TUTOR LEGAL:**

|               |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------|----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Firma         | Fecha de Nacimiento: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Primer Nombre |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Apellido      |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dirección     |                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tel de Día #  | FECHA:               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

