

OCATIONS

Junction City

361 Grant Avenue Junction City, KS 66441

- © Clinic: 785.238.4711
- © Pharmacy: 785.579.6146 Medical: 866.309.8893
- 🖶 Dental: 877.671.5661
- 🖶 Pharmacy: 866.533.3613

Manhattan

222 North 6th Manhattan, KS 66502

- © Clinic: 785.320.7134
- © Pharmacy: 785.706.9833
 Hedical: 866.807.7393
- 🖶 Dental: 866.534.5933
- A Pharmacy: 866.562.9957

Chapman

111 East 5th Street Chapman, KS 67431

© Clinic: 785.922.6308
 Medical: 866.309.8893

SECCION 1 *INFORMACIO					i <u>.</u>															
Primer Nobre																				
Apellido																				
Seguro Social Género: □ Mas	culino	□F€	emen	ino																
Escuela						c	iudad	l/Prov	vincia							_ Mae	estro _			
*FAVOR ESC Mi niño SI *FAVOR ESC	tiene	denti	sta de	e cab	ecera	١.		GUS	j	iño N						cera.				
Barniz de	flúor	: una	сара	protec	ctora p	uesta	sobre	e los d	ientes	para	fortale	cer el	esma	alte (h	asta 3	3 años).			
Selladore				•															ir cari	es.
Fluoruro																		_		
Limpieza (el servicio este servic	no es																			
Relleno T poner un re	empo elleno j	oral: ι perma	un ma inente	terial t . NO l	empo nay pe	ral pu erforac	esto e ción.	n las	cavida	ides pa	ara da	ır una	soluc	ión de	e temp	oral h	asta q	ue se p	pueda	l
Extracció	n de	dient	e de	bebe	: cual	quier (diente	de be	ebe Ml	JY su	elto qu	ie nec	esita	remo	verse	por un	a carie	∍ o pla	ca gru	Jesa.
*LA ETNICIDA *LA ETNIA DE				□ N	ativo	de Ha	awái/l	Isla d	el Pad		Asiát □ Ot		□ Af	roam	ierica	no	⊐ Caເ	ucásic	0	
*FAVOR ESCO Mi hijo Mi niño Mi niño	no tie está	ne Se cubie	eguro erto ba	/aseg ajo Ka	uranz anCar	a der e # _	ntal.		(Favo	or llei	nar co	omni		ente	1	_				
		_																		
Nombre del titular																				_
Relación con el es											el titul	ar de l	a tarje	eta:						—
Nombre del Segui																				_
Dirección del Seg	uro/ase	eguran	za der	ntal:						Ci										_
Poliza #:						Gru	upo #:					Teléfo	no #:							_

KPCHC paga el costo de los serviciospero 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/aseguranza dental, se le facturara a su compañia de aseguranza. Al firmar abajo, autoriza a KPCHC a divulger 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 divulger esta información. Confirmo que la información de salud es verdadera en lo major de mi conocimiento y contactare a la escuela lo más pronto possible si existe algún cambio. El personal de KPCHC tratar 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 responsible por el tratamiento medico y/o revision de registros. Al firmar abajo, estoy de acuerdo y entiendo.



LOCATIONS

*INFORMACION DEL PADRE/TUTOR LEGAL:

Junction City 361 Grant Avenue Junction City, KS 66441

Clinic: 785.238.4711 **©** Pharmacy: 785.579.6146

♣ Medical: 866.309.8893 🖶 Dental: 877.671.5661

Pharmacy: 866.533.3613

Manhattan

222 North 6th Manhattan, KS 66502

Clinic: 785.320.7134 © Pharmacy: 785.706.9833

♣ Medical: 866.807.7393 ♣ Dental: 866.534.5933

Chapman, KS 67431 Clinic: 785.922.6308

111 East 5th Street

Chapman

🖨 Medical: 866.309.8893

"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 firmal 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."

Firma							F	echa	de Na	acimie	ento:		
Primer Nombre													
Apellido													
Disconito													
Dirección													
Tel de Día #										FECH	HA:		



LOCATIONS

Junction City

361 Grant Avenue Junction City, KS 66441

- © Clinic: 785.238.4711
- Dental: 877.671.5661
- 🖶 Pharmacy: 866.533.3613

Manhattan

222 North 6th Manhattan, KS 66502

- © Clinic: 785.320.7134
- Dental: 866.534.5933
- 금 Pharmacy: 866.562.9957

Chapman

111 East 5th Street Chapman, KS 67431

© Clinic: 785.922.6308
 Medical: 866.309.8893

SECCION 2 – HISTORIAL DE SALUD INFANTIL

(No necesita ser completado si su niño solo está recibiendo barniz de flúor)

Su niño SI NO	_	e alguno de los siguientes? Si la respue SI NO	esta es SI, favor explique abajo: SI NO
1	Problemas del Corazón	Enfermedad Renal	Cáncer
	Tuberculosis	Problemas de Sangrado	Lupus
	Hepatitis B	Anemia Falciforme	Trastornos Temporomandibulares (TMD/TMJ)
	Hepatitis (otro)	Problemas de la Piel	Articulaciones Artificiales/Pines/Tornillo
	VIH+	SIDA	Otras Necesidades Especiales
Alergias	5:		
	Plata (rara)	Alergia Estacional	Medicaciones
	Látex	Otro	
Problem	as del Corazón:		
	Fiebre Reumática	Murmullo en el Corazón	Colapso de la Válvula Mitral
	Defecto Septal	Válvula Artificial en el	Enfermedad del
		Corazón	Corazón
Asma C onsidera	SiNo Si es así ¿ ciones Especiales – Favor circu	í ¿Es su hijo dependiente de insulina? ¿Tiene su hijo un inhalador de rescate con la en le y explique cualquiera que aplique: as Emocionales Discapacidad Fís	
		eficiencia Atencional y Desorden Hiperactivo (A	
¿Si su hijo	4///	nedicamentos que su hijo (a) esta tomando y l ria antes del tratamiento dental?S ad?	
Cuándo 1	fue la última vez que su hijo (a)	visitó a un dentista? Favor marque: En el	pasado Mas de un año Nunca
Por qué	su hijo (a) visitó al dentista? Fa Chequeo Limpieza	vor marque: Dolor de boca Relleno/Sellado/Calza	Extracción de diente Otro
FIRMA	DEL PADRE (MADRE)_		FECHA