

2019-2020 Dental (Spanish)

Formulario de inscripción al programa dental

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Sexo M F T

(Lo mismo que en la tarjeta de MaineCare, si corresponde)

Dirección _____ Código postal _____

Teléfono diurno para padres _____ Msg OK sí / no

Otro teléfono _____ -- _____ Msg OK sí / n

Celda del alumno (para recordatorios de citas) _____ Nombre de escuela _____ Profesor / Grado _____

¿Alguna vez tu hijo ha tenido alguno de los siguientes? Por favor todo lo que aplique.

__ ADD / ADHD __ Cáncer / Tumores __ Enfermedades del corazón __ Cuidados psiquiátricos

__ SIDA / VIH __ Parálisis cerebral __ Hepatitis __ ITS

__ Asma __ Labio labio / paladar __ Herpes __ Problemas del habla / audición

__ Autismo / Asperger __ Enfermedad cardíaca congénita __ Presión arterial alta __ Problemas estomacales / gastrointestinales

__ Defectos de nacimiento __ Tipo de diabetes __ Desorden de riñón __ Tuberculosis

__ Trastorno de la sangre __ Epilepsia / Convulsiones __ Trastorno del hígado __ Otro

¿Tu hijo tiene alguna alergia? Explique

Haga una lista de los medicamentos que toma su hijo

¿Su hijo tiene dolor de dientes? Sí NO ¿Ha visto su hijo a un dentista en el último año? Sí NO En caso afirmativo, ¿dónde? _____

Idioma hablado en casa _____

Raza infantil: ____ asiático ____ negro, africano, afroamericano ____ multirracial ____ nativo hawaiano ____ otro isleño del Pacífico ____ sur / centro / norte indiano, nativo de Alaska ____ blanco

Origen étnico del niño: ____ Hispano / latino ____ No hispano / latino

Número total de miembros de la familia que viven en el hogar: _____ Ingresos familiares totales anuales: _____

Consentimiento para utilizar el programa de salud oral para niños de Greater Portland Health y autorización para la divulgación de información

Autorizo a mi hijo, _____, a utilizar el Programa de Salud Oral para Niños de Greater Portland Health, que puede incluir procedimientos de diagnóstico y tratamiento, incluido el uso de imágenes por rayos X y la aplicación de anestesia local para el tratamiento. Entiendo que mi firma indica que he recibido y leído el Aviso de privacidad de Greater Portland Health.

Autorizo al personal del Programa de Salud Oral para Niños de Greater Portland Health a acceder al expediente médico de mi hijo y autorizo al personal del Programa de Salud Oral para Niños de Greater Portland Health y a la enfermera escolar o trabajador social escolar a compartir información y registros de salud cuando sea apropiado propósitos de tratamiento.

Por la presente autorizo a mi proveedor de cuidado primario, dentista y profesional de salud mental a compartir información y registros de salud con Greater Portland Health's Children's Oral Health Program para apoyar la atención de mi hijo, y doy permiso al Greater Portland Health's Children's Oral Health Program para compartir la información y los registros de salud con el proveedor de atención primaria, el dentista y el profesional de salud mental de mi hijo, según corresponda, para facilitar los servicios de tratamiento y la continuidad y coordinación de la atención.

Por este medio autorizo al personal de cualquier agencia de terceros que contrata para la provisión de servicios de salud o de comportamiento para que mi hijo comparta información y registros de salud con el Programa de Salud Oral para Niños de Greater Portland Health para apoyar la atención de mi hijo.

Autorizo al Programa de Salud Oral para Niños de Greater Portland Health a divulgar información y registros dentales con respecto al tratamiento a terceros pagadores u otros con el propósito de recibir el pago por los servicios.

Autorización: Esta autorización es válida por el tiempo que el estudiante esté inscrito en el Sistema Escolar de Portland o hasta que se transfiera a otra escuela (es decir, de la escuela primaria a la secundaria o de la escuela intermedia a la secundaria). Reconozco que cuando mi hijo se transfiera de la escuela primaria a la secundaria o de la escuela intermedia a la secundaria, debo volver a inscribirlos en el programa de salud oral si deseo que continúen recibiendo servicios en el Programa de Salud Oral para Niños de Greater Portland Health. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante el envío de un aviso por escrito de la retirada de mi consentimiento. Reconozco que los registros dentales, si los recibe el distrito escolar, pueden no estar protegidos por la Ley HIPAA, sino que se convertirán en registros educativos protegidos por la Ley de privacidad y derechos educativos de la familia (FERPA). He leído este formulario completamente y acepto inscribir a mi estudiante en el Programa de Salud Oral para Niños de Greater Portland en este momento.

Parent / Firma del tutor: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____

Relación _____