



## Children's Dental Services

Children's Dental Services (CDS) ofrece el cuidado dental en la escuela de su hijo durante el día escolar. Esto incluye exámenes, radiografías, limpiezas, tratamientos de fluoruro, sellantes, rellenos, coronas, extracciones, y otros tipos de tratamientos necesitados. Si usted desea que su niño reciba cuidado dental o si usted es un adulto legalmente y puede completar este permiso (tiene 18 años o mayor), por favor complete este permiso y devuelvalo a la escuela. **Aviso: Pedimos este permiso cada año. Por favor complete este permiso cada año para garantizar que su niño reciba servicios dentales. Es posible que CDS necesite llamarle con preguntas antes de ciertos tratamientos. Por favor indique un número de teléfono para contactarles durante el día escolar.**

*SI USTED TIENE SU PROPIO DENTISTA Y NO DESEA LOS SERVICIOS DE CDS NO COMPLETE ESTE PERMISO.*

Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Nombres de los Padres \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ 2<sup>do</sup> Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Escuela del paciente \_\_\_\_\_ Año escolar \_\_\_\_\_ Salón \_\_\_\_\_

¿EL PACIENTE HA TENIDO UNA CITA DENTAL DURANTE EL AÑO PASADO?  Sí  No

Fecha de última cita dental: \_\_\_\_\_ Fecha de últimas radiografías \_\_\_\_\_

Nombre de la clínica dental \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL SEGURO:

1. ¿Tiene el paciente seguro por medio del estado?  Sí  No Si contestó "sí" ¿cuál es el número de miembro? (PMI) \_\_\_\_\_

2. ¿Tiene el paciente seguro dental por medio del empleo de los padres?  Sí  No Si contestó "sí" necesitamos esta información:

Nombre del Seguro Dental \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del empleado quien recibe el seguro \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número de identificación del plan dental o de seguro social \_\_\_\_\_

**CDS ofrece descuentos o servicios gratis para familias quienes califican en base a sus ingresos.**

**Si su niño no tiene seguro medico o dental, por favor llame a CDS al 866-543-6009 y pregunte sobre nuestro programa de descuento.**

### HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE:

¿Tiene el paciente algún dolor dental?

Sí  No

Si contestó "sí" por favor explique: \_\_\_\_\_

1. Indique si cualquiera aplica al paciente:

ADHD/ADD	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Herpes labial o ampollas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hemofilia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
SIDA/VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cardiopatías congénitas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ansiedad Dental	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Válvula de Corazón artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Depresión o Tratamiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad del riñon	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Articulación artificial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Discapacidad de Desarrollo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Radiación o Quimioterapia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Espectro Autista	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Adicción a las drogas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de los Tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Transfusión de sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Epilepsia o Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis (TB)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dependencia a sustancias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Por favor, explique los que marcó "sí": \_\_\_\_\_

2. ¿El paciente tiene alguna enfermedad, condición, o problema no incluida en la lista?  Sí  No  
Si contestó "sí", por favor liste las condiciones: \_\_\_\_\_
3. ¿El paciente tiene alguna alergia a las comidas, drogas o medicinas?  Sí  No  
¿Alergia a qué y cómo reacciona el paciente? \_\_\_\_\_
4. ¿El paciente toma alguna medicina, droga, suplemento herbal o vitaminas?  Sí  No  
Liste todos los medicamentos \_\_\_\_\_
5. ¿El paciente ha tenido reacciones anormales a la anestesia dental?  Sí  No
6. ¿El paciente ha tenido algún sangrado prolongado que requirió tratamiento especial?  Sí  No
7. ¿El paciente ha visitado un médico durante los últimos dos años?  Sí  No  
Si contesta que sí, ¿por qué? \_\_\_\_\_
8. ¿El paciente ha estado hospitalizado durante los últimos dos años?  Sí  No  
Si contesta que sí, ¿por qué? \_\_\_\_\_
9. ¿El paciente ha tenido alguna cirugía u operación?  Sí  No  
Si contesta que sí, ¿por qué? \_\_\_\_\_  
¿Tuvo complicaciones? (explique) \_\_\_\_\_
10. ¿La paciente está embarazada o cree que posiblemente está embarazada?  Sí  No  No aplica  
Si contesta que sí, ¿cuándo es la fecha del parto? \_\_\_\_\_

**Autorización para examen y tratamiento dental por Children's Dental Services:** Doy permiso para que CDS le proporcione a mi hijo(a) un examen dental, servicios preventivos y tratamiento restaurativo requerido. Específicamente, doy permiso para realizar los tratamientos dentales básicos, incluidos los exámenes, las radiografías, limpieza, aplicación de fluoruro, sellantes plásticos en molares, restauración de caries, coronas, extracciones y otros tratamientos si fueran necesarios. Entiendo que con cualquier tratamiento hay riesgos asociados, y que estos riesgos a menudo son superados por los beneficios del tratamiento. Las consecuencias de no hacer el tratamiento a tiempo pueden incluir las siguientes:

1. Dolor en el diente, infección, o absceso que puede causar dolor, fiebre, inflamación y/o el paso de infección a otras partes del cuerpo y que pueden causar complicaciones potencialmente graves.
2. Dificultad para masticar y/o mantener buena alimentación.
3. Inflamación de las encías.
4. Desarrollo de bolsas en la piel de las encías.
5. Inflamación en la cara.
6. Sensibilidad al frío o al calor.
7. La continuación del dolor, mal aliento, sensación molesta y dificultad para abrir la boca.
8. La pérdida de dientes.

Además, yo entiendo que aunque son poco probables, hay ciertos riesgos inherentes y potenciales asociados con cualquier tratamiento dental, y que los riesgos pueden ser, pero no son limitados, a los siguientes:

1. Sangrado en las encías que pueden durar hasta un mínimo de 12 horas.
2. Inflamación en la cara, dolor o falta de sensación en la región mandibular, que pueden durar varios días.
3. Daño a los dientes vecinos, a la piel o a las restauraciones existentes.
4. Fractura en la mandíbula y la necesidad de tratar quirúrgicamente la fractura.
5. Daño al nervio localizado debajo de los dientes, el cual puede resultar en falta de sensación, temblor, dolor u otras molestias al labio, mejilla, barbilla, encías, dientes y lengua.
6. Alguna reacción anormal a la anestesia.
7. Infección en el alveolo (hueco) del diente que puede ser doloroso, frágil e inflamado luego de extraer un diente permanente.
8. Mordedura del labio durante el efecto de la anestesia.

**Autorizo a CDS para que envíe la factura de pago a mi seguro por servicios proporcionados al individuo indicado. Entiendo que soy responsable por la porción que el seguro no cubra. Doy permiso a CDS a compartir información sobre la salud oral del paciente con la escuela, para proporcionar el tratamiento más completa posible. Este consentimiento es válido por un año a partir de la fecha de la firma a menos que sea revocada por escrito a Children's Dental Services. Si tuve más preguntas sobre los riesgos y beneficios del tratamiento u opciones alternativas, he contactado al proveedor de servicios dentales de CDS para hacer estas preguntas y han sido respondidas adecuadamente. He tenido suficiente tiempo para tomar una decisión y dar libremente mi permiso. También, la historia médica proporcionada es exacta a lo mejor de mi conocimiento. Si hay un cambio en la historia médica de mi niño (a), lo comunicare con CDS.**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Guardián (o del paciente si tiene 18 años de edad o más)**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\*\*Aviso: La cita de su niño con una higienista para la limpieza dental no toma el lugar de un examen dental. Recomendamos un examen complete con el dentista cada 6 meses.