

# ALL KIDS ESCOLARES DENTAL PROGRAMA

Rev. 06/17

POR FAVOR IMPRIMA EN TINTA

## DENTAL EXAMEN FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Servicios Dentales Proporcionados por:

**★ DEBEN SER DEVUELTOS MAÑANA (SI QUIERE USTED ESTOS SERVICIOS) ★**

Miles of Smiles, Ltd.

NOMBRE DE LA ESCUELA: \_\_\_\_\_

MAESTRO(A): \_\_\_\_\_

GRADO: \_\_\_\_\_

CONDADO: \_\_\_\_\_



2424 N 8th St.

Pekin, IL 61554-1547

309-382-6404

¿Tiene su niño un dentista?  Sí/  No Nombre (del dentista): \_\_\_\_\_

Fecha de Examen: \_\_\_\_\_

**Favor de proveer la información siguiente solamente si quiere estos servicios dentales ser dado por**

**Miles of Smiles, Ltd. en la escuela.**

Queridos padres o guardián,

Miles of Smiles, Ltd. y el Illinois Department of Healthcare and Family Services han organizado para servicios dentales para los niños elegibles. Estos servicios pueden incluir un examen, limpieza, tratamiento de flúor y selladores (un revestimiento protector en las superficies de mascar de las muelas). Dentistas con licencia, higienistas y ayudantes llegarán a la escuela de su niño(a) con equipos portátiles. Para su niño(a) reciba estos servicios usted debe proporcionar TODA la información pidió por debajo y signo anajo.

NOMBRE legal del niño(a): \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ HOMBRE / MUJER

CIUDAD/código POSTAL: \_\_\_\_\_ Teléfono Particular: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

SU niño(a) CALIFICA PARA LAS COMIDAS GRATIS O REDUCIDAS  SI /  NO

ESTÁ inscrita su niño en la 'Medicaid/All Kids' PROGRAMA:  SI /  NO

Nombre de la compañía de MCO: \_\_\_\_\_

Ejemplos de MCO: Aetna, BCBS, Cigna, CommunityCare, CountyCare, Family Health Network, Harmony, Humana, IlliniCare, Meridian, Molina

EN CASO AFIRMATIVO, INCLUIR NÚMERO DE ID DE DESTINATARIO DE SU niño(a): \_\_\_\_\_ →

\*\* Será facturada Medicaid/All Kids \*\*

(9 DÍGITO ID NÚMERO SOBRE LA PARTE POSTERIOR DE MEDI-PLAN TARJETA)

Tiene su niño(a) SEGURO DENTAL PRIVADO?  SI /  NO *(Mandarán la cuenta a la compañía de seguros dentales)*

En caso afirmativo, complete por favor toda la información del seguro abajo: (si es incompleto, su hijo no es elegible; los grados K, 2, 6 pueden recibir solo examen.)

Nombre de la compañía de seguro dental PRIVADO: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguro dental: \_\_\_\_\_

# Identificación o SS del empleado: \_\_\_\_\_ Plan de la compañía de seguros dentales o número de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del empleado: \_\_\_\_\_

Dirección del empleado: \_\_\_\_\_

# de teléfono del empleado: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

<b>Ha tenido su niño(a) cualquier historia de, o condiciones relacionadas, cualquiera de los siguientes: (por favor círculo)</b>							
Anemia:	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO	Sinusitis crónica:	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO	Problemas de crecimiento:	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO	Convulsiones:	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO
Asma:	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO	Diabetes:	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO	Audición:	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO	Tiroides:	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO
Trastornos hemorrágicos:	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO	Dolores de oído:	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO	Enfermedad Cardíaca:	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO	Tabaco / drogas:	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO
Cáncer:	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO	Epilepsia:	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO	Alergia al látex**:	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO	Alergias:	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO
Parálisis Cerebral:	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO	Desmayos:	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO	Embarazo (los adolescentes):	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO	Otro:	<input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO
¿Es su niño(a) tomando cualquier receta y/o sobre los medicamentos de contador en este momento? <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO							
En caso afirmativo, sírvase enumerar: _____							
¿Tiene su niño alguna condición cardíaca? <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No Describa: _____							
¿Tiene su niño alguna articulación artificial? <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No ¿Si afirmativo, cuándo y cuál articulación? _____							
¿Ha recomendado un doctor algunos precauciones especiales o premedicaciones para su niño antes de tratamiento dental? <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No							
¿Si afirmativo, qué?: _____							

**IMPORTANTE: FIRMA NECESARIO DE LOS PADRES (o guardián):** Estoy privativas de libertad padres o guardián legal de los niños menores denominado anteriormente. Autorizo y consentimiento a este niño reciben el tratamiento dental descrito y permite que la enfermera escolar / escuela representativas y dental proveedor acceso al registro dental del niño.

Esto también dará permiso para el Departamento de Salud Pública de Illinois a proporcionar Auditorías de Aseguramiento de Calidad mediante la evaluación de los selladores de su hijo que se colocaron en la escuela. Tras determinar, este permiso también permitirá los selladores ser reemplazados por el proveedor si se indica.

Al grado permitió por la ley, consiento al uso y al acceso de la información protegida de la salud del niño de menor edad para realizar actividades del pago con respecto a esta demanda. Autorizo y dirijo por este medio el pago de las ventajitas dentales directamente al Miles of Smiles, Ltd.

**FIRMA:** \_\_\_\_\_

**IMPRIMIR EL NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

*\*Si usted visita a un dentista con regularidad, favor de continuar con el mismo por examen de rutina y rayos X!*

**\*\*DO NOT WRITE BELOW THIS LINE\*\***

**ALL KIDS SCHOOL-BASED DENTAL PROGRAM DENTAL RECORD**

*(BELOW TO BE COMPLETED BY MILES OF SMILES, LTD. DENTIST)*

**PRIOR TREATMENT**

Restorations:	Sealants:
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

**TREATMENT NEEDED**

Restorative:	Sealants: ✓	Sealants: ✓
_____	_____	_____
_____	S_____	S_____
_____	S_____	S_____
_____	S_____	S_____
_____	S_____	S_____
_____	S_____	S_____
_____	S_____	S_____
_____	S_____	S_____

*(Check off sealants placed today; occlusal is assumed)*

ORAL HYGIENE STATUS:	_____ Good	_____ Fair	_____ Poor
PERIODONTAL STATUS:	_____ Good	_____ Fair	_____ Poor
MALOCCLUSION:	I	II	III

**(Circle one) ORAL HEALTH ASSESSMENT RATING & SCORE:**



3	<u>URGENT</u> Treatment:	5+ carious lesions, gross caries, root tips, caries likely to involve pulpal tx, abscess, soft tissue pathology, pain from disease or foreign object.
2	<u>RESTORATIVE</u> Care:	4 or less cavitated, occlusal, or incipient caries. Caries not close proximity to pulpal tissue.
1	<u>PREVENTIVE</u> Care: (services rendered today)	There is no visual evidence of caries activity or periodontal pathology.

**TREATMENT COMPLETED TODAY (check off):**

\_\_\_\_\_ EXAM

\_\_\_\_\_ PROPHYLAXIS

\_\_\_\_\_ FLUORIDE TREATMENT VARNISH / GEL

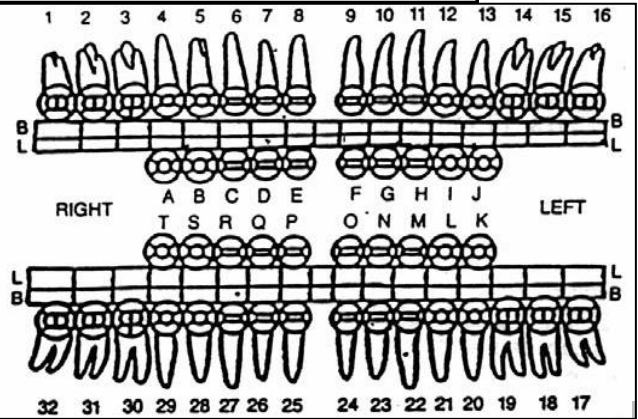
\_\_\_\_\_ SEALANTS (tooth #s listed above)

**Total # sealants placed today:** \_\_\_\_\_

**Treatment Date:** \_\_\_\_\_

**Dentist's Signature:** \_\_\_\_\_

**Hygienist's Initials:** \_\_\_\_\_



**Charting: BLUE=existing restorations; RED=treatment needed**

NO TX     MOS yellow     CCHC green    **OTHER DR:**  Haarman purple     Dietz blue     REFER red

NOTES: