

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____

Dirección postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fecha de nac. _____ Sexo _____ M _____ F _____

Nombre del Padre/Representante _____ Relación con el Estudiante _____

Correo Electrónico _____ Teléfono _____

Dirección si es diferente del estudiante _____

Seguro del Estudiante: _____ HUSKY _____ Privado (Nombre de la Compañía _____) _____ No Seguro Dental

Nombre del Asegurado: _____ Lugar de Trabajo _____

Dirección del Seguro dental _____

Fecha de Nacimiento del Asegurado: _____ Dirección si es diferente a la anterior _____

Número de Cliente del Estudiante/Número de Identificación y número de grupo del Asegurado (HUSKY-en gris ConnectCard) _____

Doy permiso de que Brooker Dental facture a mi seguro: Si _____ No _____

Por favor conteste SI o NO al final de cada oración.

Doy permiso a mi hijo/a, para ser tratado en la escuela y recibir servicios considerados necesarios por el personal dental de Brooker. Esto incluye Limpieza Dental, Evaluaciones con Riesgo de Caries, Flúor y Aplicación de Sellantes.

Certifico que la información proporcionada es exacta en lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud del estudiante.

Yo estoy de acuerdo en que me dejen mensajes telefónicos en el número provisto en la sección de información.

Yo estoy de acuerdo en que mi hijo(a) reciba cualquier otro servicio de seguimiento de parte de la higienista dental o del dentista.

Liberación de la Información Y Autorización de Pago:

Yo autorizo la liberación de información a cualquier médico u otra información necesaria para procesar el reclamo del seguro de mi hijo/a. También autorizo el pago de HUSKY/Título XIX y a los seguros privados de beneficios dentales por los servicios prestados a Brooker Memorial.

Autorización para intercambiar información y dar educación en salud:

Yo autorizo a Brooker Memorial a intercambiar información y documentos de educación y salud con mi hijo(a) en el distrito escolar con el fin de educarlo y proveer salud dental.

Esta autorización es valida mientras mi hijo(a) este registrado en el distrito escolar de Region One. Yo entiendo que yo puedo revocar esta autorización en cualquier momento por medio de una carta escrita dando de baja mi consentimiento. Yo reconozco que los documentos médicos, una vez son recibidos en el distrito escolar no necesariamente estarán cubierto por la ley de privacidad HIPAA , pero que se convierten en documentos protegidos por el Acta #1 de privacidad de " Familia Educational Rights". Yo también entiendo que si me niego esta negación limitaría a mi hijo(a) el derecho de tener servicios dentales. Yo estoy de acuerdo en que una copia de esta autorización tiene el mismo valor que la original.

Autorizo a Brooker Memorial para comunicarse con el dentista de mi hijo/a, si lo he nombrado en este formulario. El dentista de mi hijo/a, puede ser notificado por Brooker Memorial, acerca del seguimiento necesario de su cuidado u otra información dental relevante, incluyendo la fecha de la visita dental en la escuela con la higienista de Brooker (para la coordinación del tratamiento).

Doy permiso a Brooker Memorial de que use el nombre de mi hijo/a y fotografía para propósitos publicitarios, incluyendo publicaciones, tableros de anuncios, Facebook, la página de Brooker, la Fundación para la Comunidad de Salud Pública y otros medios sociales y electrónicos. Yo entiendo que no habrá compensación por el uso de cualquier foto o información de mi hijo/a.

Consentimiento y Reconocimiento de la Práctica Privada:

Yo consiento el uso y difusión de mi información personal por parte de Brooker Memorial (Brooker) a cualquier persona u organización con el fin de dar tratamiento dental, reclamo de pago o la conducción de operaciones de cuidado de la salud. La protección de información de salud puede incluir información relacionada con HIV/AIDS, siquiátrica y otra información de carácter mental, tratamientos de drogas y alcohol para que esta información sea usada o revelada de acuerdo a la ley de Connecticut y la ley Federal esta requiere que usted provea una autorización específica. Yo entiendo que en cuanto Brooker libere mi información sea difundida dentro de los estatutos de Practica de la Privacidad del Brooker's Memorial. Yo entiendo que esta información esta protegida mientras este consentimiento este efectivo en los archivos de Brooker Memorial.

Con mi firma abajo, Yo entiendo y reconozco lo siguiente: 1) Que yo he leído este documento; 2) Que yo he recibido la información en efecto sobre la Practica de Privacidad de Brooker's Memorial.

Nombre del Padre y/o Representante Legal (escriba el nombre) _____

Firma **X** _____ Fecha _____

Si	No
Si	No
Si	No

Historial Medico Del Estudiante

(2022-2023)

Nombre del est _____ Grado _____
 Escuela _____ Maestro(a) _____

Información del estudiante

Es su hijo(a) alérgico o a tenido alguna reacción a: **Si** **No**

Algún alimento

Algún medicamento(Penicilina otro antibiotico)

Anestesia local

Latex

Por favor explique la alergia:

Ha tenido el estudiante alguna lesión en deporte?

Ha sido el estudiante hospitalizado?

Ha tenido el estudiante alguna cirujia?

Esta el estudiante tomando algún medicamento actualmente?

Si es cierto escriba los nombre::

Tiene el estudiante algún problema del corazón, defectos congénitos o soplo en el corazon?

Si, Si. Necesita antibióticos para tratamiento dental?

Tiene el estudiante algún problema medico?

Esta el estudiante viendo un medico por alguna condición?

Ha habido algún cambio en la salud del estudiante últimamente?

Tienen el estudiante problemas de conducta?

Preguntas de Salud Dental

¿Su hijo/a recibe limpieza bucal en el consultorio del dentista al menos una vez al año?

Tienen el estudiante algún diente o muela que le duela?

Le sangran las ensias al estudiante cuando se cepilla los dientes o se pasa el hilo dental.

Esta tomando el estudiante algún suplemento de fluoruro?

Otras Notas e Información

Provider Signature _____ Date _____

Información del estudiante

Nombre de su medico

Dirección del medico

Teléfono del medico

Fecha del ultimo examen físico

Historial Dental

Es este el primer examen dental? Circule uno Si No
 Si dijo no, por favor complete lo que sigue.

Nombre del último dentista que lo atendió.

Dirección y teléfono del dentista

Fecha de la ultima visita

Ha sido el estudiante atendido en el Centro Brooker Memorial Dental? Circule uno Si No

Tiene el estudiante alguna de las siguientes condiciones de salud?

Condición	Si	No	Condición	Si	No
ADHD/ ADD			Depresión/ Problemas Mentales		
Anemia o desordenes de la sangre			Mononucleosis		
Asma			Neumonía		
Autismo			Fiebre reumática o problemas del corazón		
Infeccion de riñones o rejiga			Escoliosis		
Cancer			Convulsiones		
Varicela			Dolores Severos		
Diabetis			Tuberculosis		
Problemas con la glandula endocrinologa			Problemas con la Tiroides		
Hepatitis			Ulceras/ Problemas Digestivos		

Tiene el estudiante alguna de las siguientes condiciones de El estudiante tiene alguna enfermedad, condicion o problema No mencionado previamente?
 Si, si. Por favor explique:

FIRMA DE Pariente/Guardian

FECHA