Children's Dental Services

Children's Dental Services (CDS) ofrece el cuidado dental en la escuela de su hijo, que puede incluir exámenes, radiografías, limpiezas, tratamientos de fluoruro, sellantes, **fluoruro de diamina de plata (SDF)**, rellenos, coronas, extracciones, y otros tipos de tratamientos necesitados durante las horas regulares del escuela. Si usted desea que su niño reciba cuidado dental o si usted es un adulto legalmente y puede completar esta permiso (tiene 18 años o mayor), por favor complete este permiso y devuelvalo a la escuela. ***Aviso: Pedimos este permiso cada año. Es possible 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 no desea los servicios de CDS, no complete este permiso.

Parte 1: Información de Paciente

Nombre del Paciente _____ **Fecha de Nacimiento** _____ Masc. ☐ Fem. ☐

Nombres de los Padres _____

Dirección _____ Código Postál: _____

Teléfono (____) _____ 2do Teléfono (____) _____ Raza/Identidad étnica _____

Escuela del paciente _____ Año escolar ___ Profesor _____

Parte 2: Información Dental

¿TIENE EL PACIENTE ALGUN DOLOR DENTAL? ☐ **Sí** ☐ **No**

Si contestó "sí " por favor explique: _____

¿EL PACIENTE HA TENIDO UNA CITA EN LOS ÚLTIMOS DESDE 6 MESES? **Sí** ☐ **No** ☐

Si contestó "sí ": Fecha de la última cita dental: _____ Nombre de la clinica dental _____

Parte 3: Información del Seguro

CDS ofrece descuentos para familiar quienes califican en base a sus ingresos.
Si su niño no tiene seguro medico o dental, por favor llame a CDS al 612-746-1530 y pregunte sobre nuestro programa de descuento.

A. ¿Tiene el paciente seguro por medio del estado? ☐ **Sí** ☐ **No** Si contestó "sí ", cuál es el número de miembro? (PMI) _____

B. ¿Tiene el paciente seguro dental por medio del empleo de los padres? ☐ **Sí** ☐ **No** Si contestó "sí ", necesitamos la siguente información:

Nombre del Seguro Dental _____ Nombre de Empleador _____

Nombre del empleado quien recibe el seguro _____ Fecha de nacimiento _____

Número de identificación del plan dental o de seguro social _____

Parte 4: Historia Médica

1. **Indica "si" si aplica al paciente, y indica "no" si no aplica al paciente**

MÁRQUE CADA BUZÓN

ADHD/ADD	☐ Sí ☐ No	Cardiopatías congénitas	☐ Sí ☐ No	Presión alta	☐ Sí ☐ No
SIDA/VIH	☐ Sí ☐ No	Ansiedad Dental	☐ Sí ☐ No	Enfermedad del riñon	☐ Sí ☐ No
Anemia	☐ Sí ☐ No	Depressión o Tratamiento	☐ Sí ☐ No	Radiación o Quimioterapia	☐ Sí ☐ No
Válvula de Corazón artificial	☐ Sí ☐ No	Discapacidad de Desarrollo	☐ Sí ☐ No	Fiebre Reumática	☐ Sí ☐ No
Articulación artificial	☐ Sí ☐ No	Diabetes	☐ Sí ☐ No	Enfermedad de los Tiroides	☐ Sí ☐ No
Asma	☐ Sí ☐ No	Adicción a las drogas	☐ Sí ☐ No	Tuberculosis (TB)	☐ Sí ☐ No
Espectro Autista	☐ Sí ☐ No	Epilepsia o Convulsiones	☐ Sí ☐ No	Alergia a la plata	☐ Sí ☐ No
Transfusión de sangre	☐ Sí ☐ No	Soplo Cardiaco	☐ Sí ☐ No		
Dependencia a sustancias	☐ Sí ☐ No	Hemofilia	☐ Sí ☐ No		
Herpes labial o ampollas	☐ Sí ☐ No	Enfermedad del higado	☐ Sí ☐ No		

Por favor, explique los que marcó "sí": _____

Continua a la próxima página ——→

MÁRQUE CADA BUZÓN

2. ¿El paciente tiene alguna enfermedad, condición o problema que no esta incluida en la lista? ☐ **Sí** ☐ **No**

Si contest "si", por favor liste las condiciones_____

3. ¿El paciente tiene alguna alérgia a las comidas, drogas, ***PLATA***, o medicinas? ☐ **Sí** ☐ **No**

¿Alérgia 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 anesthesia dental? ☐ **Sí** ☐ **No**

6. ¿El paciente ha tenido algún sangrado prolongado que requirió tratamiento especial? ☐ **Sí** ☐ **No**

7. ¿El paciente ha visitado un medico durante los últimos dos años? ☐ **Sí** ☐ **No**

Si contesta que si, ¿por que? _____

8. ¿El paciente ha estado hospitalizado durante los últimos dos años? ☐ **Sí** ☐ **No**

Si contesta que si ¿por que?_____

9. ¿El paciente ha tenido alguna cirugia u operación? ☐ **Sí** ☐ **No**

Si contesta que si, ¿por que? _____

¿Tuvo complicaciones? (explique)_____

10. ¿La paciente está embarazada o hay posibilidad que está embarazada? ☐ **Sí** ☐ **No** ☐ **N/A**

Si contesta que si, ¿cuándo es la fecha del parto?_____

Parte 5: Revisar Información de Autorización

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. Especificamente, doy permiso para realizer los tratamientos dentales básicos, incluidos los exámenes, las radiografías, limpieza, aplicación de fluoruro, sellantes plásticos en las muelas, restauración de caries, coronas, extracciones y otros tratamientos si fueran necesarios. **Para el tratamiento de caries menores, doy permiso para el uso de fluoruro de diamina de plata (SDF). Soy consciente de que SDF hará que el área cariada del diente sea de color gris o negro. También soy consciente de que existe el riesgo de que el uso de SDF no detenga las caries y que el diente aún requiera un relleno.** Entiendo que los empleados de CDS puede estar en contacto conmigo para obtener un consentimiento informado adicional para proprocionar prodeimientos de restauración como empastes, coronas, extracciones y otros tratamientos si es necesario. 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 siguentes:**

1. Dolor en el diente, infección, o absceso que puede causar dolor, fiebre, inflamación y/o el pas de infección o 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, per 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 region mandibular, que pueden durar varios días.
3. Daño a los dientes vecinos, a la piel o a las restauraciones existentes.
4. Fractura en la mandibular y la necesidad de tartar quirúgicamente 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 o lengua.
6. Alguna reacción anormal a la anesthesia.
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.

Children's Dental Services sigue con cuidado las pautas del Centro de Control y Prevención relacionado con COVID-19.

Parte 6: **Firma y Fecha**

Autorizo a CDS para que envie la facture de pago a mi seguro por servicios proporcionados al individuo indicado. Entiendo que soy responsible 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 lo más completo posible. Tambien doy permiso a la escuela compartir información escolar del paciente (incluso a horarios de clases y datos). 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 decision 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/Guadián (o del paciente si tiene 18 años de eded 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 completo con el dentista cada 6 meses.