



Los servicios dentales preventivos brindados son para niños y adolescentes que están cubiertos por el seguro dental estatal: Planes de atención médica de Minnesota (MHCP) como MA, South Country Health Alliance, Blue Plus, Ucare, o a pacientes sin seguro dental.

Los pacientes que están inscritos en un programa de asistencia estatal, se les facturarán sus servicios al seguro y la parte no pagada se pagará mediante subvenciones. Si el paciente no tiene seguro, utilizaremos fondos de subvenciones/donaciones para cubrir el costo de sus servicios. ¡Todos los servicios dentales son gratuitos para las familias!

Por favor complete la siguiente información. Sus respuestas son solo para nuestros registros y se mantendrán estrictamente confidenciales de acuerdo con las leyes aplicables. Tenga en cuenta que se le harán algunas preguntas sobre la salud de su hijo(a). Esta información es vital para permitirnos brindarle la mejor atención posible.

No complete este formulario si su hijo(a) tiene un seguro dental privado o un hogar dental establecido



UN FORMULARIO POR PACIENTE Hay formularios adicionales disponibles en nuestra página web: www.letssmileinc.com

Nombre del niño(a) Segundo nombre Apellido Apodo del niño, si lo hay:

Fecha de nacimiento / / Edad Género: Masculino Femenino Prefiero no decir/otro

Raza/Etnia (solo por razones estadísticas) Marque todas las casillas que correspondan al paciente: Blanco/Caucásico Negro/Afroamericano Hispano/Latino Americano Asiático Nativo Americano Somalí Otro

El paciente necesita un intérprete? No Sí En caso que sí, indique el idioma

Quién es la persona de contacto principal para este paciente? Ha cambiado el contacto principal de la familia (generalmente un padre o tutor) desde su última visita? Sí No

Teléfono de casa: Teléfono celular: Acepta mensajes de texto? Sí No

Nombre y número del contacto de emergencia:

Correo electrónico: Acepta correos electrónicos? Sí No

Dirección: Calle/# de Apt. Ciudad Estado Código Postal

Escuela (Clínica dental basada en la escuela)

Seguro dental: Número de PMI del paciente Número de seguro social (necesario SOLAMENTE si NO tiene el número de PMI) Sin seguro dental MA MN Care South Country Health Alliance U-Care Blue Plus

HISTORIA DENTAL:

Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que su hijo(a) visitó a un dentista/higienista? Seleccione uno. Menos de 6 meses = NO NECESITA SERVICIOS Hace más de 6 meses, pero no más de 1 año Hace más de 1 año, pero no más de 3 años Hace más de 3 años Nunca ha ido al dentista/higienista No sé/no me acuerdo

** Nombre del consultorio dental de la experiencia dental previa:

Alguna vez le han dicho que su hijo(a) necesita tomar antibióticos antes de cualquier tratamiento dental? Sí NO Durante los últimos 6 meses, ¿su hijo(a) tuvo dolor de muelas más de una vez, al morder o masticar? Sí NO Con qué frecuencia se cepilla los dientes su hijo(a)? ¿Usa hilo dental? ¿Enjuague bucal? Le sangran las encías de su hijo(a) cuando se cepilla los dientes? Sí No Tiene su hijo(a) algún hábito oral: se chupa el dedo muerde las uñas respira por la boca usa chupón duerme con un biberón rechina los dientes vapea/fuma mastica tabaco sin humo Cuáles son SUS preocupaciones o preguntas con respecto a los dientes de su hijo(a)?

HISTORIAL MÉDICO: Aunque la higienista trata principalmente el área dentro y alrededor de la boca, la boca es parte de todo el cuerpo. Los problemas de salud o los medicamentos que se toman podrían tener una influencia importante en la odontología que recibirá su hijo(a). Gracias por responder las siguientes preguntas.

- 1. Enumere los medicamentos recetados, o de venta libre, de su hijo(a) recientes:
2. Enumere las alergias de su hijo(a):
3. ¿Su hijo(a) tiene alguna de las siguientes condiciones: No Sí - Si la respuesta es sí, marque la condición con un círculo.

Table with 7 columns: ADD/ADHD, Ansiedad, Asma, Autismo, Problemas de Sangre, Cáncer, Diabetes, Síndrome de Down. Sub-headers: Epilepsia, Soplo Cardíaco, Problemas del corazón, Hepatitis, Alergia al látex, Tuberculosis, Convulsiones, Otro (por favor enumere)

AUTORIZACION:

Autorizo a Let's Smile, Inc. a realizar servicios clínicos de atención dental preventiva que sean necesarios para la adecuada atención dental del paciente. Tal como examen de detección, limpieza dental, selladores, y fluoruro. Se recomienda un examen dental por parte de un dentista/terapeuta dental avanzado al menos una vez al año.

Todos los pacientes recibirán un tratamiento con fluor al menos que marque el no con un círculo para rechazarlo. NO

Autorizo a Let's Smile, Inc. a realizar el seguimiento de los procedimientos dentales restaurativos necesarios, incluso rayos X, aplicación de fluoruro diamino de plata (FDP), empastes, extracciones y el uso de óxido nítrico, según se considere apropiado para el tratamiento de mi hijo(a).

Doy mi consentimiento para permitir que Let's Smile, Inc. use la imagen, voz y/o palabras mías/de mi hijo(a) en materiales informativos como informes, folletos, videos, etc., y para entrevistas con los medios. Renuncio a todas las reclamaciones de compensación y libero a Let's Smile, Inc. de cualquier responsabilidad relacionada con dicho uso.

Consentimiento de fotos: SI / NO

Autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente a Let's Smile, Inc. Entiendo que mi seguro dental puede pagar menos o no cubrir todos los servicios. Entiendo que si se niegan los servicios o el seguro está inactivo, Let's Smile, Inc. es responsable de los cargos no pagados. Que yo sepa, toda la información anterior es correcta y precisa.

Nombre Impreso del Padre/Guardián: Firma del Padre/Guardián: Fecha