



SERVICIOS DE SALUD DE LA CLÍNICA DENTAL MÓVIL
INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE

SERVICIOS DE SALUD DE LA CLÍNICA DENTAL MÓVIL

Complete el formulario y devuélvalo a la sala de atención médica de la escuela.

Nombre del estudiante: Fecha de nacimiento: Masculino Femenino

Escuela: Grado:

SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD DENTAL:

Si, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba SERVICIOS DENTALES en la clínica móvil de Star Community Health, los cuales pueden incluir lo siguiente: examen dental exhaustivo, instrucciones sobre higiene bucal, radiografías (rayos X), limpiezas dentales, tratamiento de fluoruro, sellantes (capas finas de plástico que se colocan sobre las superficies de masticación de los molares para protegerlos de la caries), rellenos (con un material del color del diente), extracciones (eliminación del diente), coronas de acero inoxidable (fundas de color plateado) y pulpotomías (tratamiento de los nervios). Este tratamiento puede incluir la administración de anestesia local tópica e inyectable.

Si, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba SDF (fluoruro diamino de plata, una sustancia líquida utilizada para ayudar a matar las bacterias, sin embargo decolorará la caries a un color negro permanente.) Verifico que he visto fotografías de la aplicación de SDF en los dientes y que mi hijo no tiene alergia a la plata.

NO, no deseo que mi hijo reciba servicios dentales por parte de la clínica móvil de Star Community Health.

CONSENTIMIENTO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN:

Si, por la presente, doy mi consentimiento para que Star Community Health y sus afiliados tomen fotografías, realicen entrevistas o graben videos o audios de mi hijo.

NO, no deseo que Star Community Health tome fotografías ni que grabe videos de mi hijo ni que lo entreviste.

Información del estudiante para los servicios de salud de la clínica dental móvil

Nombre del padre/tutor: Fecha de nacimiento: Relación con el niño:

Dirección: Calle y número Ciudad Estado Código postal

Teléfono del hogar: Celular: Teléfono del trabajo:

Persona de contacto para casos de emergencia: Número de teléfono: Otra persona que no sea el padre, la madre o el tutor legal

El formulario de historia clínica de su hijo/a se debe actualizar anualmente para que pueda continuar recibiendo atención en la clínica dental móvil. No se programarán citas de servicios dentales para estudiantes con historias clínicas caducadas.

Médico o clínica: Ubicación del consultorio:

Farmacia preferida: Número de teléfono de la farmacia:

Información del seguro dental (complete con la mayor cantidad de información posible):

Nombre de la aseguradora:

Número de póliza: Número de grupo:

¿Su hijo recibe atención dental actualmente de algún otro dentista fuera de Star Community Health? Si No

SU HIJO/A NO PODRÁ UTILIZAR LOS SERVICIOS DE LA CLÍNICA DENTAL MÓVIL SI FUE ATENDIDO POR UN DENTISTA PRIVADO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES.

Fecha de la última visita dental con otro proveedor que no pertenece a Star Community Health:

Este consentimiento permanecerá en vigencia hasta que el/la estudiante se gradúe o deje de estar inscrito/a en el distrito escolar actual al que asiste el/la estudiante o hasta que el padre, la madre o el tutor legal anule este consentimiento por medio de una notificación por escrito que deberá entregar a la enfermera de la escuela a la que asiste el/la estudiante.

Al firmar este consentimiento, acepto las condiciones y los términos relativos al PAGO DE LOS SERVICIOS y a la COMUNICACIÓN DE LA INFORMACIÓN MÉDICA que se explican en las páginas de la DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA. Recibí el Aviso de prácticas de privacidad que está incluido. Comprendo que firmar este consentimiento no garantiza que se programará un tratamiento para mi hijo/a dentro de un período de tiempo específico.

Firma de padre/madre/tutor legal Fecha Hora Nombre en letra de imprenta de padre/madre/tutor legal

Firma del estudiante (si es mayor de 18 años) Fecha Hora Nombre en imprenta del estudiante





SERVICIOS DE SALUD DE LA CLÍNICA DENTAL MÓVIL
INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL ESTUDIANTE

Información médica del niño/a (conteste todas las preguntas):

- 1. ¿Su hijo/a es alérgico a algún medicamento, incluida la penicilina?
2. ¿Su hijo/a tiene alguna alergia, lo que incluye alergia a los frutos secos, a algún alimento o alergias estacionales?
3. ¿Actualmente su hijo/a toma algún medicamento?
4. ¿Tuvo su hijo/a alguna cirugía, lesión grave u hospitalización?
5. ¿Tiene o tuvo su hijo/a alguno de los siguientes problemas?
6. Indique todos los problemas dentales:

AUTORIZACIÓN DE PRIVACIDAD DE LA HIPAA Y FORMULARIO DE DIVULGACIÓN DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN

- 1. Autorización de divulgación. Autorizo a Star Community Health y a sus afiliados a utilizar y divulgar la información médica de mi hijo/a obtenida mediante los servicios de atención médica que Star Community Health le proporcionó.
2. Negación a firmar. Comprendo que puedo negarme a firmar esta Autorización.
3. Vencimiento de la autorización. Esta autorización permanecerá en vigencia hasta que mi hijo/a se gradúe o deje de estar inscrito/a en su escuela actual.
4. Revocación de la Autorización. Comprendo que tengo el derecho a revocar esta Autorización, por escrito, en cualquier momento.
5. Otras divulgaciones. Entiendo que, quienes reciban o vean la información, también pueden reproducir, copiar o divulgar la información que se use o divulgue en virtud de esta Autorización y que es posible que las leyes que rigen la privacidad del paciente ya no protejan la información.

X
Firma de padre/madre o tutor legal
Fecha
Hora
Nombre en letra de imprenta de padre, madre o tutor legal y su relación con el niño
Nombre del niño





DENTAL VAN HEALTH SERVICES
STUDENT INFORMATION & CONSENT

DENTAL VAN HEALTH SERVICES — Please complete and return to the school health room

Student's Name: _____ Date of Birth: _____ [] Male [] Female

School: _____ Grade: _____

DENTAL HEALTH CARE SERVICES:

- YES, I consent for my child to receive DENTAL SERVICES on the Star Community Health mobile van, which may include: comprehensive dental examination, oral hygiene instructions, radiographs (x-rays), dental cleanings, fluoride treatment, sealants (thin plastic coatings placed over the chewing surfaces for the back teeth to protect them from developing tooth decay), fillings (with a tooth-colored material), extractions (removal of tooth), stainless steel crowns (silver colored caps), and pulpotomies (nerve treatment). This treatment may include administration of topical and injectable local anesthesia.
YES, I consent for my child to receive SDF (Silver Diamine Fluoride – a liquid substance used to help kill bacteria, however it will discolor the cavity to a permanent black color.) I am verifying I have seen photographs of SDF application on teeth and that my child does not have any allergies to silver.
NO, I do not wish for my child to receive dental services on the Star Community Health dental van.

MEDIA CONSENT:

- YES, I hereby consent for Star Community Health and its affiliates to take photographs, interview, or make video and/or audio recordings of my child.
NO, I do not wish for my child to be photographed, videotaped and/or interviewed by Star Community Health.

Student Information Dental Van Health Services

Name of Parent/Guardian: _____ DOB: _____ Relationship to Child: _____

Address: _____ Street Number _____ City _____ State _____ Zip Code _____

Home Phone: _____ Cell Phone: _____ Work Phone: _____

Emergency Contact Person: _____ Phone Number: _____ Other than Parent / Legal Guardian

An annual Medical History form must be updated yearly on your child in order to continue receiving care on the dental van. Students with expired medical histories will not be scheduled for dental services.

Medical Doctor or Clinic: _____ Office Location: _____

Preferred Pharmacy: _____ Pharmacy Phone Number: _____

Dental Insurance Information (please complete as much as you know):

Name of Insurance: _____

Policy Number: _____ Group Number: _____

Does your child currently receive dental care at another dentist besides Star Community Health? [] Yes [] No

YOUR CHILD MAY NOT USE THE DENTAL VAN IF THEY HAVE SEEN A PRIVATE DENTIST WITHIN THE PAST 6 MONTHS.

Date of last dental visit at provider other than Star Community Health: _____

This consent will be in effect until the student graduates or ceases to be enrolled at the student's present school district or until this consent is revoked by the parent/legal guardian by sending a written notification to the student's school nurse.

By signing this consent, I agree to the terms and conditions regarding the PAYMENT FOR SERVICES and SHARING of HEALTH INFORMATION as explained in the accompanying PROGRAM DESCRIPTION pages. I have received the Notice of Privacy Practices, which is included. I understand that signing this consent form is not a guarantee my child will be scheduled for treatment within a certain time frame.

X _____ Date _____ Time _____ Parent/Guardian's Printed Name _____

_____ Date _____ Time _____ Student's Printed Name _____





DENTAL VAN HEALTH SERVICES
MEDICAL HISTORY FORM &
HIPAA PRIVACY AUTHORIZATION

Child's Medical Information (please answer all questions):

- 1. Is your child allergic to any medications including penicillin?
2. Does your child have any allergies including nuts, food and seasonal?
3. Does your child currently take any medications?
4. Has your child had any operations, serious injuries or hospitalizations?
5. Does your child have or had any of these problems? (Please check all that apply)
6. Please list any dental concerns:

HIPAA PRIVACY AUTHORIZATION & MEDIA RELEASE FORM

- 1. Authorization to Disclose. I authorize Star Community Health and its affiliates to use and disclose health information about my child obtained by Star Community Health in providing health services to my child.
2. Refusal to Sign. I understand that I may refuse to sign this authorization.
3. Expiration of Authorization. This Authorization shall be in force and effect until my child graduates or ceases to be enrolled at his/her present school, at which time this Authorization expires.
4. Revocation of Authorization. I understand that I have the right to revoke this Authorization, in writing, at any time.
5. Further Disclosure. I understand that information used or disclosed pursuant to this Authorization may be further reproduced, copied or disclosed by those who receive or view the information, and the laws governing patient privacy may no longer protect the information.

X _____
Signature of Parent or Guardian Date Time Printed Name of Parent or Guardian and his or her relationship to child

Child's Name

