

# Community Health Center, Inc.

## ¡El Programa Dental Móvil está en tu escuela!

### Servicios proporcionados dentro de la escuela

#### Servicios de salud bucal incluidos:

- Pruebas de detección
- Exámenes
- Limpiezas
- Radiografías
- Selladores
- Educación para la salud bucal
- Atención de restauración

Las siguientes tarifas/los siguientes cargos se aplican al Programa Dental Móvil de Community Health Center, Inc.:

- En el caso de los pacientes inscritos en HUSKY/Medicaid, los servicios están cubiertos en un 100 %, sin tarifas ni cargos adicionales.
- En el caso de los pacientes que tienen un seguro dental privado, los servicios se facturan al seguro. El paciente/la familia es responsable de cualquier deducible y/o copag.
- Las siguientes son las tarifas para los pacientes que no tienen seguro dental:
  - \$30 por visita de higiene dental (limpieza, radiografías, tratamiento con fluoruro)
  - \$18 por visita para un examen hecho por el dentista
  - \$25 por visita para selladores



Conserve esta hoja para sus registros.

**¿Preguntas o inquietudes? Llame al 860-347-6971, extensión 3796.**

También puede inscribirse en línea: <http://www.sbhc1.com>



**Autorizo que yo/mi hijo(a) obtengamos SERVICIOS DENTALES MÓVILES EN EL LUGAR.**  SÍ  NO

En el caso de los pacientes inscritos en HUSKY/Medicaid, los servicios están cubiertos en un 100 %, sin tarifas ni cargos adicionales.  
En el caso de los pacientes que tienen un seguro dental privado, los servicios se facturan al seguro. El paciente/la familia es responsable de cualquier deducible y/o copa.  
Las siguientes son las tarifas para los pacientes que no tienen seguro dental:

- \$30 por visita de higiene dental (limpieza, radiografías, tratamiento con fluoruro); \$18 por visita para un examen hecho por el dentista; \$25 por visita para selladores

**RIESGOS: Aunque son infrecuentes, se conocen algunos riesgos y complicaciones asociados a los procedimientos dentales. El más frecuente incluye la mordedura y lesiones de lengua o labios después de la administración de anestesia local y dolor alrededor de la zona tratada. Los riesgos adicionales son infecciones e hinchazón.**

**Certifico que, a mi leal saber y entender, la información médica proporcionada es correcta, y que la información incorrecta puede ser peligrosa para la salud del estudiante/paciente. Comunicaré a CHC cualquier cambio en mi información médica.**  SÍ  NO

**He recibido una copia de la Política de Derechos y Responsabilidades del CHC.**  SÍ  NO

**DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE PAGO:**  SÍ  NO

Autorizo la divulgación de toda clase de información sobre la salud conductual, dental o médica necesaria para procesar mi reclamación. También autorizo el pago de los beneficios médicos a Community Health Center, Inc. por los servicios prestados.

**CONSENTIMIENTO Y RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:**  SÍ  NO

Doy mi consentimiento a CHC para usar o divulgar información protegida sobre mi salud a cualquier persona u organización con el fin de realizar tratamientos, obtener pagos o llevar a cabo ciertas acciones relacionadas con la atención de la salud. La información médica protegida que se usará o se divulgará a CHC puede incluir información relacionada con el VIH/SIDA, información psiquiátrica/ de salud mental, así como información sobre el tratamiento del alcoholismo y la drogadicción, siempre que esa información sea utilizada o divulgada conforme a la legislación del estado de Connecticut y a la legislación federal, que posiblemente exijan que usted proporcione una autorización específica. Comprendo que la información sobre el modo en que CHC utilizará y divulgará la información sobre mí puede hallarse en el Aviso de Prácticas de Privacidad de CHC. Comprendo que mi consentimiento estará vigente por el tiempo que CHC conserve mi información médica protegida.

**AUTORIZACIÓN PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN SOBRE SALUD Y EDUCACIÓN:**  SÍ  NO

Por el presente documento autorizo a Community Health Center, Inc. (CHC) a intercambiar expedientes sobre salud y educación con el distrito escolar de mi hijo(a) a fin de proporcionarle atención y tratamiento, según corresponda.

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE \* Información obligatoria.**

Nombre legal completo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Primer nombre Segundo nombre Apellido

Dirección/Apartamento n.º: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Grupo étnico (marque una casilla):  Hispano  No hispano

Raza (marque una casilla):  Desconocida  Indio americano  Islas del Pacífico  Nativo de Alaska  Negra  Asiática  Blanca  Otra \_\_\_\_\_

Idioma principal del paciente: \_\_\_\_\_ ¿El paciente califica para un almuerzo gratis/con descuento?:  SÍ  No

El paciente de la escuela asiste a: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre del médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del dentista: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

\* Seguro médico: \_\_\_\_\_ \* N.º de ID de Medicaid: \_\_\_\_\_ \* Seguro privado. N.º de ID/Póliza: \_\_\_\_\_ \* Número de grupo: \_\_\_\_\_

\* Dirección del seguro: \_\_\_\_\_ \* Número de teléfono del seguro: \_\_\_\_\_ (información en el dorso de la tarjeta)

\* Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ \* Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

\* Seguro dental: \_\_\_\_\_ \* N.º de ID de Medicaid: \_\_\_\_\_ \* Seguro privado. N.º de ID/Póliza: \_\_\_\_\_ \* Número de grupo: \_\_\_\_\_

\* Dirección del seguro: \_\_\_\_\_ \* Número de teléfono del seguro: \_\_\_\_\_ (información en el dorso de la tarjeta)

\* Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ \* Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LOS PADRES/DEL TUTOR LEGAL**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

\* Dirección/Apartamento n.º: (si es diferente de la anterior): \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Acepto que puedan dejarme mensajes en el siguiente número de teléfono:  Teléfono residencial  Teléfono celular  Teléfono del trabajo

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular del estudiante: \_\_\_\_\_ Correo electrónico del estudiante: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del padre/de la madre/del tutor legal: \_\_\_\_\_

**CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (si no es el padre/la madre/el tutor legal)**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

\* Firma del padre/de la madre/del tutor legal o del estudiante si tiene más de 18 años \_\_\_\_\_

\* Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Mi firma más arriba indica que comprendo y acepto que he leído y comprendo este consentimiento y que he recibido el Aviso de las Prácticas de Privacidad de CHC actualmente vigentes. También comprendo que esta autorización es válida hasta que yo la cancele. Comprendo que podré cancelar esta autorización en cualquier momento presentando una notificación por escrito en la cual retiro mi consentimiento. Reconozco que los expedientes médicos, en caso de ser recibidos por el distrito escolar, quizás no estén protegidos por la Norma de privacidad de la HIPAA, sino que pasarán a ser expedientes de educación protegidos por la Ley de Derechos Educativos de la Familia y Privacidad (Family Educational Rights and Privacy Act).

## Antecedentes médicos del estudiante/paciente (Para la atención dental, estos antecedentes médicos deberán actualizarse cada cuatro años.)

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

### ANTECEDENTES MÉDICOS

¿El paciente tiene algún problema médico?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Explique:
¿El paciente toma algún medicamento? (se incluyen los inhaladores)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	List all medications:
¿El paciente ha tenido alguna lesión grave?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Explique:
¿El paciente tiene algún defecto congénito o antecedentes de algún problema cardíaco o cirugía?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Explique:
¿Alguna vez el paciente ha pasado una noche en el hospital?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Explique:
¿El paciente se ha sometido a alguna cirugía en el pasado?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Explique:
¿El paciente ha tenido colocado algún shunt (derivación) o tiene un catéter permanente?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Explique:
¿La paciente es o fue madre adolescente?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿La paciente está embarazada o posiblemente embarazada?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Fecha probable de parto:
¿La paciente está amamantando actualmente?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Es necesaria la administración de antibióticos antes de los procedimientos dentales?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Explique:
¿El paciente fuma o masca tabaco?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

### ¿El paciente tiene o tuvo alguno de estos PROBLEMAS?

Anemia/trastornos de la sangre	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Neumonía	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Asma	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Problemas de alimentación	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Autismo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Problemas de aprendizaje/desarrollo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Cáncer/leucemia	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Sobrepeso/obesidad	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Convulsiones	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Diabetes	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Úlcera/problemas digestivos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Dolores de cabeza/migrañas	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Varicela	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Enfermedad de la tiroides	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Algún problema de salud mental?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Enfermedad endócrina/glandular/autoinmunitaria	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Algún defecto congénito (de cerebro, corazón, pulmones, espina bífida, etc.)?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Fiebre reumática, enfermedad cardíaca, soplo	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Algún problema con la dentadura?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Hepatitis o problemas hepáticos	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Algún dolor de muela?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Infecciones de la vejiga o del riñón	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Sangrado al cepillarse o usar hilo dental?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Mononucleosis	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Se le hizo una limpieza dental en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

### ALERGIAS

Algún alimento (incluir intolerancia a la lactosa)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Comentario:
Medicamentos (incluidos los de venta sin receta o antibióticos; penicilina o amoxicilina)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Comentario:
Anestesia local (incluida la lidocaína) o látex	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Comentario:
¿El paciente tiene un EpiPen en la escuela?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Comentario:
Otros:		Comentario: