

REGISTRELO EN LINEA AQUÍ



LRMC MOBILE DENTAL SERVICES

OFFICE USE/PT # \_\_\_\_\_ SCAN \_\_\_\_\_

POR FAVOR COMPLETAR USANDO TINTA AZUL O NEGRA

Informacion Requerida

GRADO	SALON
MAESTRO	
LUNCH	
RECESS	SPEC

**Usted como padre/tutor es:**

Sin Hogar

Trabajador Migrante

Escuela: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico de Padres de familia/Tutor: \_\_\_\_\_

Apellido del Estudiante: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_

Apodo: \_\_\_\_\_ SSN#: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Género del Estudiante:  Masculino  Femenino Etnia:  Hispano  No Hispano

Raza:  Blanco  Negro  Otro: \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Tel. del Trabajo: \_\_\_\_\_

Padre  Madre  Nombre del tutor legal: \_\_\_\_\_ SSN#: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de Contacto de Emergencia (Que no sea Padres o Tutor): \_\_\_\_\_

Teléfono de Contacto #: \_\_\_\_\_ Relación con el Estudiante: \_\_\_\_\_

Forma de pago – Marque Uno

Medicaid – Número de póliza: \_\_\_\_\_

Seguro Dental - Número de póliza: \_\_\_\_\_ # del Grupo: \_\_\_\_\_

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ # Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre en la Tarjeta: \_\_\_\_\_ # Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Mi hijo(a) no tiene seguro dental, manden me una carta de pago cada vez que una unidad móvil dental este en su escuela.

Manden me una aplicación para un descuento. Entiendo que tengo que mandar pago con anticipación antes de que mi hijo(a) pueda recibir servicios.

Nombre de hermanos asistiendo a la escuela: \_\_\_\_\_

POR FAVOR INDIQUE: NÚMERO DE PERSONAS EN EL HOGAR (INCLUYENDO ADULTOS) \_\_\_\_\_, INGRESO ANNUAL TOTAL DEL HOGAR: \$ \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO MEDICO.....DEBE RESPONDER A CADA PREGUNTA.....POR FAVOR MARQUE SI o NO**

¿El estudiante ha tenido citas dentales? (marque uno):  SI  NO

Si es SI, nombre del Dentista: \_\_\_\_\_ Fecha de cita más reciente: \_\_\_\_\_

SI  NO Autismo  SI  NO Epilepsia (Convulsiones)  SI  NO ADD/ADHD  SI  NO VIH/SIDA

SI  NO Defecto del Corazón  SI  NO Célula Falciforme  SI  NO Problemas Auditorios  SI  NO Hepatitis A, B, C

SI  NO Cáncer/Quimioterapia  SI  NO Asma  SI  NO Diabetes  SI  NO Anemia

¿El Médico del estudiante ha sugerido la necesidad del uso de antibióticos antes de recibir cuidado dental?  SI  NO

¿El estudiante tiene alergias (incluyendo Latex, Penicilina)?  SI  NO

Si es que si, indique cualquier alergia que padezca: \_\_\_\_\_

Indique cualquier problema serio de salud que tiene el estudiante ahora. \_\_\_\_\_

¿El estudiante ha sido hospitalizado o tenido cirugías anteriores?  SI Si es que si, indique cirugías: \_\_\_\_\_  NO

Indique todos los medicamentos que toma actualmente: \_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Dirección de la farmacia: \_\_\_\_\_

Este CONSENTIMIENTO permanecerá vigente hasta que lo revoque por escrito.

SI, yo autorizo que el dentista licenciado por SC o un asociado con el MOVIL DENTAL de la CLINICA LRMC realicen como sea necesario; exámenes dentales, radiografías, limpieza, fluoruro, selladores, y cualquier otro trabajo restaurativo en su escuela o en la propiedad sin que yo esté presente. Yo entiendo que si mi hijo(a) no tiene Medicaid o otro seguro dental, seré financieramente responsable por los servicios llevados a cabo. Yo entiendo si deseo que me hijo ya no sea paciente de Miles for Smiles, debo llamar al 843-663-8304 para quitarlo del programa. Los padres son bienvenidos a acompañar el niño(a) a la cita llamando con anticipación al 843-663-8304 Mi firma abajo confirma que toda la información es correcta a lo mejor de mi reconocimiento y sirve como permiso para tratamiento para mi niño(a). **Por la seguridad de los pacientes y empleados, Little River Medical Center, Inc. utiliza cámaras de vigilancia en sus unidades móviles dentales. Ninguna foto o video serán compartidas sin el permiso del paciente/padre/tutor. Si tiene preguntas sobre las cámaras, llame a la oficina de cumplimiento de LRMC al 843-663-8002.**

FIRMA DE PADRES O TUTOR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_