



ATENCIÓN DENTAL GRATUITA

Miles of Smiles

PROGRAMA DENTAL PORTÁTIL DE LEVELUP KIDS, INC.
5416 NE Antioch Rd • Kansas City, MO 64119 • 816.413.9009

FECHA DE HOY: _____

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre del niño: _____ Nacimiento del niño: _____ Edad del niño: _____
Dirección del niño: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Número de Seguridad Social: _____ Sexo: MASCULINO/FEMENINO Idioma que se habla en el hogar: _____
Raza (marque con un círculo lo que corresponda): Caucásico Indio Americano Afroamericano Asiático Hispano Otro: _____
Escuela: _____ Grado: _____ Maestro: _____
Nombre del médico: _____ N.º de teléfono del médico: _____

INFORMACIÓN DE MEDICAID/SEGURO

N.º de Medicaid del niño: _____ Información del plan: _____
¿Tiene seguro privado (marque con un círculo)? Sí o NO Si tiene, ¿qué plan? _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Nombre del padre/tutor: _____ Relación con el niño: _____
Fecha de nacimiento del padre/tutor: _____ N.º de Seguridad Social: _____
Dirección (si fuese diferente de la del niño): _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
N.º de teléfono particular: _____ N.º de teléfono celular: _____ N.º de teléfono laboral: _____
Lugar de empleo/ocupación: _____

HISTORIAL MÉDICO/DENTAL

MARQUE cualquiera de las siguientes condiciones que su hijo haya tenido o tenga actualmente:

- | | | | | |
|---|----------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca/vascular | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Cáncer/Leucemia | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> TDAH | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Trastorno de sangrado |
| <input type="checkbox"/> ¿Se requiere medicación previa? | <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> Discapacidad mental | <input type="checkbox"/> Discapacidad física |
| <input type="checkbox"/> ¿Está viendo a un cardiólogo? Si así fuese, n.º de teléfono: _____ | | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

MARQUE las cosas a las que su hijo es ALÉRGICO o por las que ha tenido una reacción adversa:

- Aspirina Anestesia local Penicilina Látex (globos, guantes, goma, etc.) Eritromicina
 Otro:

¿Su hijo toma medicamentos? Sí No Si toma, indique los medicamentos y el motivo por el cual los toma: _____

¿Su hijo ya vio a un dentista antes? Sí No Si vio, ¿a quién? _____ ¿Cuándo? _____

¿Su hijo tiene dolor dental ahora? Sí No Si tiene, ¿hace cuánto tiempo? Días Semanas Meses

Para más información sobre nuestros
servicios y organización,
visite www.levelupkidsinc.org
o llame a nuestra oficina al 816.413.9009

**NO podremos ver a su hijo a menos que AMBOS LADOS del formulario
estén completos y las 3 líneas de firma estén FIRMADAS**

DORSO →

PAUTAS DE INGRESOS PARA RECIBIR SERVICIOS
200% de las pautas del Nivel Federal de Pobreza

Usted DEBE proporcionar los ingresos de su hogar para ser elegible para recibir atención dental gratis de LevelUp Kids Inc.

Nombres de TODOS los miembros del hogar	Ingreso bruto mensual (antes de deducciones)	Asistencia social mensual, manutención de hijos y pensión alimenticia	Pagos mensuales de pensiones, jubilación, Seguridad Social	Cualquier otro ingreso mensual
1.	\$	\$	\$	\$
2.	\$	\$	\$	\$
3.	\$	\$	\$	\$
4.	\$	\$	\$	\$
5.	\$	\$	\$	\$

Firma del miembro adulto del hogar

Fecha

Doy mi consentimiento informado para que los dentistas y su personal auxiliar tomen radiografías y fotografías de la boca, la cara y los dientes de mi hijo para proporcionar la atención que el dentista considere necesaria para el tratamiento de su condición oral. Recibiré información que me asesorará sobre las necesidades de salud bucal de mi hijo. También autorizo la divulgación de información para cualquier cobertura de seguro aplicable.

Marque cualquier procedimiento que NO le gustaría que se realizara en nuestro programa:

- Examen
 Limpieza
 Rayos X
 Selladores
 Empastes
 Aplicación de flúor
 Extracciones
 Mantenedores de espacio
 Coronas de acero inoxidable
 Pulpotomía
 Óxido nitroso / Gas de risa (No se utiliza en las escuelas, sólo para uso en el consultorio)

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Certifico que toda la información que antecede es fiel y correcta. Entiendo que la tergiversación deliberada de la información puede someterme a enjuiciamiento en virtud de las leyes estatales y federales aplicables.

La ley nos exige que le entreguemos una copia de la notificación de HIPAA y que obtengamos su reconocimiento por escrito de que usted ha recibido una copia de esta notificación. Aviso HIPAA: Se puede ver en línea en www.levelupkidsinc.org/patientinfo

Yo, _____, por la presente reconozco que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

Firma del padre/tutor legal

Fecha



DIVULGACIÓN DE FOTOGRAFÍAS (No firme si desea rechazar)

Autorizo a Miles of Smiles, Inc. a tomar fotografías de los dientes, las mandíbulas, y el rostro de mi hijo. Entiendo que las fotografías se utilizarán como un registro de mi atención, y pueden ser utilizadas para la comunicación con otros profesionales de la salud, publicaciones educativas (revistas dentales) y conferencias educativas. El contenido también puede ser utilizado con fines publicitarios (incluyendo la publicación en el sitio web, en Facebook, etc.). No espero ninguna compensación, financiera o de otro tipo, por el uso de estas fotografías. Si deseo revocar este consentimiento, puedo hacerlo por escrito.

Firma del padre/tutor legal

Fecha