

TrueSmile Formulario de Registro Dental



Fecha: _____

| | | | |
|--|---|---|--------------------------------------|
| <p>Doy permiso para que mi hijo reciba servicios dentales y un seguimiento de seis meses. Nuestros servicios dentales incluyen un examen visual, barniz de flúor y colocación de sellador (si es necesario). Si no desea que su hijo reciba ninguno de los servicios, no necesita llenar este formulario.</p> <p>Inicial aquí</p> <p>Si no desea que su hijo reciba uno o más de estos servicios, enumere:</p> <p><input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Examen visual <input type="checkbox"/> Barniz de flúor <input type="checkbox"/> Colocación de sellador</p> | | | |
| Información del Niño/a | | | |
| Nombre del niño/a | | Apellido del niño/a | |
| Fecha de nacimiento dd/mm/aa | | | |
| Edad del niño/a: | Género del niño/a | Seguridad social # | Número de teléfono principal |
| Dirección postal: | | Ciudad | Código postal Estado |
| Origen étnico del niño/a <input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> no hispanos <input type="checkbox"/> Desconocido | | Carrera de niños (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Otro | |
| ¿En qué condado vive el niño/a? <input type="checkbox"/> San Diego <input type="checkbox"/> Riverside | | Escuela del Niño/a | Grado del niño/a Maestro de niño/a |
| Nombre del contacto de emergencia: | Relación de contacto de emergencia con el niño /a: Madre / Padre Tutor Legal / Tutor Otro: | | Teléfono de contacto de emergencia # |
| ¿Es el niño/a un paciente existente de Truecare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| Idioma principal del niño/a <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: | | | |
| Información de los Padres/Tutores | | | |
| Relación con el niño/a: * OBLIGATORIO <input type="checkbox"/> Madre / Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Esposo | | | |
| ¿Es el padre/tutor un paciente de Truecare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| Idioma principal <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: | | | |
| Dirección de correo electrónico: | | | |
| En los últimos 24 meses, ¿usted o alguien de su familia ha trabajado en algún tipo de agricultura (trabajo agrícola)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| En caso afirmativo, seleccione una de las opciones: <input type="checkbox"/> Migrante , es decir, vivía fuera de casa o se desplazan al trabajo con el fin de trabajar en cualquier tipo de agricultura Trabajador Agrícola durante todo el año? <input type="checkbox"/> Estacional , trabajar en la agricultura durante unas pocas semanas o meses al año, pero <u>NO</u> todo el año. | | | |
| El tamaño de mi familia (el número de personas en mi hogar que dependen de estos ingresos), incluyéndome a mí, es <input style="width: 50px;" type="text"/> | | | |
| Ingreso del hogar, ingreso bruto anual total , antes de impuestos es <input style="width: 150px;" type="text"/> \$ | | | |
| Nombre de pila de la madre del padre/tutor: | Apellido de la madre, padre/tutor o tutor: | | Fecha de Nacimiento dd/mm/aa |
| Nombre del padre/madre/tutor: | Apellido del padre/tutor: | | Fecha de Nacimiento dd/mm/aa |
| Otro: Nombre completo | Relación con el niño/a | | Fecha de nacimiento dd/mm/aa |
| Salud Médica y Dental | | | |
| ¿El niño tiene problemas de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | En caso afirmativo, | |
| ¿El niño tiene alguna alergia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | En caso afirmativo, | |
| ¿El niño ha sido visto por un dentista en los últimos seis meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | En caso afirmativo, cuándo: FECHA / / | |
| ¿El niño tiene un dentista regular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | En caso afirmativo, dónde: | |
| Cobertura de salud | | | |
| ¿El niño tiene cobertura de seguro?? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| ASIGNACION DE BENEFICIOS Autorizo a mi plan/programa de atención médica a reembolsar a TrueCare por los servicios que recibe el niño/a. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |

TrueSmile Formulario de Registro Dental

| Nombre del plan de salud | ID de miembro | Nombre del suscriptor | Fecha de nacimiento del suscriptor | Relación con el paciente |
|--------------------------|---------------|-----------------------|------------------------------------|--------------------------|
| | | | | |

Me gustaría recibir información sobre cómo mi familia puede obtener cobertura de atención médica Sí No

Consentimiento del paciente para tratar

Por favor, ponga sus iniciales al lado de cada elemento que haya revisado y comprendido. Los artículos contenidos están disponibles en el sitio web de TrueCare, www.truecare.org para su referencia.

- Reconozco que soy consciente de que puedo obtener una copia de la Hoja de Datos de Materiales Dentales y la información de la Proposición 65 a través del sitio web de TrueCare o solicitar que se me facilite una copia.** Sí No
- AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**
() Iniciales Puedo obtener una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad a través del sitio web de TrueCare, o se me puso a mi disposición una copia.
- CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO, RECHAZO DE TRATAMIENTO y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD**
() Iniciales Yo, (parte responsable o cuidador autorizado) autorizo a TrueCare y a su personal clínico asignado a administrar y realizar todos los tratamientos dentales, diagnósticos, servicios quirúrgicos u otros servicios que se consideren aconsejables o necesarios para la atención dental. Entiendo que tengo derecho a rechazar el tratamiento en cualquier momento. Puedo hacerlo firmando un *formulario de RECHAZO DE TRATAMIENTO*. También doy mi consentimiento para usar y divulgar la información dental necesaria para el tratamiento y el pago y otras operaciones de atención médica.
- CONSENTIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN**
() Iniciales Yo, (parte responsable o cuidador autorizado) autorizo a TrueCare y a su personal clínico y a cualquier afiliado o agente de TrueCare a comunicarse conmigo o con otras personas identificadas a continuación como miembros de mi grupo de apoyo de salud en nuestros teléfonos celulares y/o teléfonos residenciales, utilizando mensajes pregrabados, mensajes de voz artificial, sistemas de marcación telefónica automática u otra tecnología asistida por computadora. Entiendo que mi proveedor de servicios puede cobrar por dichas llamadas. Entiendo que no estoy obligado a dar mi consentimiento a dichas llamadas o mensajes como condición para recibir servicio médico. Si no deseo recibir comunicaciones en la dirección o el número de teléfono anteriores, le pediré a un miembro del personal de TrueCare que me proporcione un *formulario de SOLICITUD PARA CAMBIAR LAS PREFERENCIAS DE COMUNICACIÓN*.
- PERMISO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN DE SALUD (Opcional)** Como su equipo de atención dental, es posible que necesitemos comunicarnos con usted acerca de su salud. Nos gustaría invitarlo a incluir a miembros de su familia y/u otras personas para que formen parte de su grupo de apoyo para la salud. Las personas que identifique a continuación podrán hablar sobre su información de salud, incluida, entre otras, la información de citas, los resultados de laboratorio, las instrucciones de medicamentos y la información de referencias, y es posible que se comuniquen con ellos para hacer un seguimiento en caso de que no podamos comunicarnos con usted. Proporcione información precisa sobre cualquier persona designada como parte de su grupo de apoyo dental. Las personas designadas deben mostrar una identificación con foto válida cuando estén en una clínica. **Para solicitar una copia impresa, complete el formulario de FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACCESO DEL PACIENTE A LA INFORMACIÓN DE SALUD.**

| Nombre (Nombre/Apellido) | FDN | Información de contacto | Relación con el niño |
|--------------------------|-----|-------------------------|----------------------|
| | | Teléfono # | |

Por favor, firme este formulario para participar. ¡Gracias!

Doy permiso para que mi hijo participe en este programa de salud bucal y entiendo la información de este formulario. Doy permiso para que los proveedores dentales realicen un examen dental básico de los dientes de mi hijo. En caso de una emergencia médica, doy permiso al dentista tratante para administrar tratamiento médico, incluidos medicamentos, según lo permita la ley.

AFIRMACIÓN DE LA COMPRENSIÓN

Mi firma a continuación confirma mi comprensión del Programa de Consentimiento para Tratar/Escuela Dental de TrueCare:

Firma del padre o tutor legal: _____ **Relación con el niño:** _____ **Fecha:** _____

¿Tiene preguntas sobre este formulario? Llame al (760) 736-6767 para obtener ayuda.