

Escuela _____

Grado _____

Maestro/a _____



**Cada Paciente de la Tooth Truck recibe una
examinación dental y todo el tratamiento
posible para tener una sonrisa sin caries, sin
costo a la familia del paciente.**

The Tooth Truck, Inc. d/b/a Ronald McDonald Care Mobile® of the Ozarks
949 E. Primrose St., Springfield, MO 65807

FORMA DE INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Padres/Tutores: Para que su hijo(a) reciba el tratamiento dental de The Tooth Truck Inc. usted necesitará llenar esta forma por su hijo(a). Por favor, conteste de la forma más completa, legible y exacta que pueda. Esto nos ayudaría a proporcionar los mejores servicios posibles de salud para su hijo(a). Esta forma de información se convierte en parte de los archivos permanentes y estará guardado con confianza estricta. Por favor redondee el SI o NO donde está indicado. Si usted no puede llenar esta forma por si mismo o si usted tiene preguntas, por favor contacte la enfermera de la escuela. Gracias.

1. Nombre de su hijo(a): _____

2. Fecha de nacimiento ___/___/___ Edad de su hijo(a) ___ Sexo: Hombre ___ Mujer ___

3. Dirección de la casa Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

4. Numeros de teléfono Casa (____) _____

Trabajo (____) _____

Celular (____) _____

Email (____) _____

Restricciones de privacidad: No llamadas telefónicas _____

No comunicación _____

Restricciones de acceso _____

5. Su hijo(a) tiene Medicaid/MC+?.....SI.....NO

6. Su hijo(a) tiene seguro dental?SI.....NO

Numero de Seguro Social _____ Numero de Medicaid/MC+ _____

7. Su hijo(a) califica para comidas en la escuela gratis o por un descuento? SI.....NO

8. Por favor, marque la razon(es) por las cuáles están pidiendo el tratamiento dental:

___ chequeo rutino ___ dolor de un diente/una muela

___ un accidente a un(os) diente(s) ___ inflamación de la cara

___ otra cosa especifique) _____

9. La persona para notificar en caso de una emergencia O nombre y dirección del Padre/Tutor legal si no es el mismo del niño(a).

Nombre: _____ Relación al niño(a): _____

<p>Método preferido de comunicación</p> <p><input type="checkbox"/> Mensaje de texto</p> <p><input type="checkbox"/> Llamada telefónica</p> <p><input type="checkbox"/> Email</p>

<p>Proveedor de Medicaid Managed Care</p> <p><input type="checkbox"/> Home State Health-Envolve</p> <p><input type="checkbox"/> MO Care-DentaQuest</p> <p><input type="checkbox"/> United Health Care-Scion</p>

HISTORIAL DENTAL

1. Es la primera vez que su hijo(a) a consultado con un dentista? SI....NO Dentista del nino(a) _____
2. Su hijo(a) ha lastimado su mandibula o sus dientes? SI.....NO Especifique si SI _____
3. Su hijo(a) se ha quejado de dolor de sus dientes, encías, o boca? SI.....NO
Especifique? _____
4. Usted tiene alguna preocupación en especial sobre los dientes, encías, o boca de su hijo(a)? SI....NO
Especifique: _____

ETNICIDAD

Marque con un círculo la descripción más precisa de la etnicidad de su hijo/a. esta información se reúne con el de Ronald McDonald Care Mobile en todo el país para proporcionar una imagen precisa no sólo de origen étnico, pero otros atributos sobre las personas que utilizan nuestros programas.

Aborígen	Dos o más Etnicidades	Nativo de las Islas del Pacifico
Americano Nativo	Hispano	Negro/Desendientes Africanos
Arábico/Oriente Medio	Indio del este	No Responder
Asiático	Latino	Otro
Caucásico	Maorí	Primera Nación

HISTORIAL MÉDICO

1. Doctor del nino(a) _____ Ciudad _____
Fecha de su ultima cita: _____
2. Su hijo(a) está bajo el cuidado de un doctor por algún problema médico? SI.....NO
Especifique? _____
3. Su hijo(a) está tomando algún medicamento?SI.....NO
Especifique? _____
4. Su hijo(a) ha estado hospitalizado o ha tenido una cirugía?SI.....NO
Para que? _____
5. Su hijo(a) tiene alergias?SI.....NO Especifique? _____
6. Peso aproximado: _____
7. Su hijo(a) tiene una historia de:

Alergia a penicilina	SI NO	VIH	SI NO
Alergia a latex	SI NO	SIDA	SI NO
Sangramiento excesivo o prolongado	SI NO	Parálisis cerebral	SI NO
Presión alta	SI NO	Problemas del comportamiento	SI NO
Enfermedad de sickle cell	SI NO	ADHD	SI NO

HISTORIAL MÉDICO (continua)

Rasgo de sickle cell	SI NO	Aspergers	SI NO	Condición del corazón	SI NO
Enfermedad de los riñones	SI NO	Autismo	SI NO	si su respuesta es afirmativa, completar lo siguiente:	
Fiebre reumatica	SI NO	Asma	SI NO	La válvula de corazón artificial	SI NO
Infecciones de los oídos	SI NO	Enfermedad del hígado	SI NO	Endocarditis infecciosa	SI NO
Desmayarse	SI NO	Fiebres altos	SI NO	Trasplante cardíaco	SI NO
Diabetes	SI NO	Tonsillitis	SI NO	Afección cardíaca congénita	SI NO
Tuberculosis (TB)	SI NO	Mareos	SI NO		
Defectos del nacimiento	SI NO	Anemia	SI NO		
Cáncer o tumores	SI NO	Hepatitis	SI NO		
Problemas para hablar	SI NO	Problemas de nutrición	SI NO		
Problemas para oír	SI NO	Convulsiones o ataques	SI NO		
Transfusión/productos de sangre	SI NO	Problemas de la vista	SI NO		
		Tratamiento de radiación	SI NO		

8. Por favor especifique algún problema especial o algo que usted cree que debemos saber?

Si usted está llenando esta forma por varios niños, puede llenarlo que resta de la forma solamente una vez, listando cada nombre del niño donde aplique.

PERMISO Y ACUERDO DENTAL

Yo autorizo y pido que se realizen servicios dentales para mi(s) hijo(s), _____, con ningun costo para mi, incluyendo radiografías dentales, diagnosis, aplicación de floro topical, y otros esfuerzos preventivos y también restoraciones, mantenimientos de espacio, extracciones, coronas, y otros procedimientos como sea indicado por la prescripción de tratamiento de la Tooth Truck.

Yo entiendo que la Tooth Truck usará técnicas de restauración, cirujía oral, y mantenimiento para el paciente que son razonables, necesarias, y recomendables.

Yo, _____, como el tutor legalmente responsable del siguiente niño(s) _____ doy mi permiso para el uso de anestesia local, y óxido nitroso como la Tooth Truck determine apropiado para realizar el tratamiento dental necesario con la excepción de _____ (Escriba "ninguno" si usted nos da permiso para todos los procedimientos dentales ya preescritos).

Yo, por medio del siguiente niño(s) _____ quien es menor de la edad de dieciocho (18) anos, doy mi permiso que dicho nino(s) puede participar en los servicios dentales proporcionados por The Tooth Truck Inc. (d/b/a Ronald McDonald Care Mobile of the Ozarks), y doy permiso para que su dentista y otros agentes y empleados puedan compartir con los empleados del Distrito de la Escuela (la enfermera de la escuela) y/o las organizaciones autorizadas toda la información relativa a la historia del caso, examinación dental, reportes escritos, y fotografías en conexión con la examinación dental y resultados del nino(a). Una organización autorizada es una que ha sido aprobada por la Junta Directiva de The Tooth Truck, Inc.

Si usted acepta y firma da más adelante permiso y autorizará a los agentes y empleados de The Tooth Truck, Inc. para archivar y recibir el reembolso de Missouri Medicaid/MC+ para los servicios dentales recibidos.

(PERMISO Y ACUERDO DENTAL continua en la siguiente pagina)

PERMISO Y ACUERDO DENTAL (continua)

También, yo certifico que entiendo y estoy de acuerdo con las condiciones dichas arriba.

Usted actualmente es el tutor legal de este niño(s)? SI NO

Usted puede firmar por tratamiento médico? SI NO

Nombre del Padre/Tutor _____

Relación con el niño(s) _____

Firma _____ Fecha _____

Debida a la alta demanda para citas dentales, The Tooth Truck, Inc. solo tolerará UNA cita faltada. Si su familia necesita cambiar una cita tiene que contactar a la enfermera de la escuela o la Tooth Truck antes de la hora de la cita por 417.891.1238. Familias que falten DOS citas estarán despedidas de la clinica y no recibirán otra cita.

Nombre de la enfermera de la escuela _____

Escuela _____

PERMISO Y LIBERACIÓN DE FOTOS

Aquí represento que yo soy el padre/tutor legal de:

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Desde aquí llamaremos "el/los niño(s)".

En consideración buena y valiosa, el recibo y suficiencia de cual aquí está conocido, y para y por parte de y en el nombre del/los niño(s), doy permiso a Ronald McDonald House Charities of the Ozarks, Inc., The Tooth Truck, Inc. y a Springfield News-Leader para el uso sin restricciones de los nombres, direcciones, y declaraciones, y todas las grabaciones de video y audio (incluyendo pero no limitado a, fotografías, cassettes de video, películas, grabaciones de voz o otras representaciones de nuestra familia) tomados de nuestra familia y cualquier reproducción en cualquier forma, estilo, o color, junto con alguna escritura y/o materiales en conexión (incluyendo, sin limitaciones, cualquier comunicación de nuestra familia a Ronald McDonald House Charities of the Ozarks, Inc, The Tooth Truck, Inc. o McDonald's Corporation o alguien afiliado con estas organizaciones) con el proposito de publicar el Ronald McDonald Care Mobile of the Ozarks.

Para y por parte de y en el nombre de la familia, yo libero Ronald McDonald House Charities of the Ozarks, Inc., The Tooth Truck, Inc. y McDonald's Corporation y sus respectivas afiliaciones, licencias, oficiales, directores, administradores, empleados, voluntarios, agentes, y otras partes en interés, de cualquier y todas demandas presentes o futuras, daños, o causas de acción para difamación, levantar falsos, invasión de privacidad o cualquier otra demanda que la familia pueda encontrar, resultado de, o en conexión con, dicho uso.

Yo aquí represento que he leído y entendido este permiso y liberación está dado de mi voluntad y sin limitaciones, o responsabilidad por, para su uso en conexión con la publicación del Ronald McDonald Care Mobile of the Ozarks.

Fecha _____ Nombre (Por favor Escriba con letras claras) de Padre/Tutor legal _____

Firma _____

Si usted prefiere que no tomamos fotos de su hijo(a), por favor tache el parágrafo de arriba y firme abajo. (Estas no incluyen las fotos de radiografías o inter-boca que están referidas en el permiso de tratamiento dental). Por favor no tomen fotos de mi hijo(a).

(FIRMA) _____

PRACTICAS PRIVADAS

Los Derechos e Información del Paciente

Cada paciente tiene el derecho de:

1. Ser tratado con respeto y dignidad.
2. El Tooth Truck cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina en base a raza, color, origen nacional, edad, orientación sexual, discapacidad o sexo.s
3. Tratamiento seguro y eficiente.
4. Vocalizar sus sentimientos personales por formas verbales y escritas.
5. Información acerca de su diagnosis y el plan del tratamiento para sus necesidades dentales.
6. Obtener información acerca de cualquier relación que esta facilidad tiene con otros individuales profesionales o facilidades de salud si está relacionado con su cuidar.
7. Esperar confidencialidad en comunicaciones y expedientes que pertenezcan a sus tratamientos dentales.
8. La información necesaria para dar consentimiento informado a su tratamiento.

Las Responsabilidades del Paciente

Cada Paciente sera responsable de lo siguiente:

1. Proporcionar información exacta y completa para el uso de la notificación de necesidades y citas dentales.
2. Mantener citas y notificar a los empleados de la Tooth Truck si no es posible mantenerlas.
3. Hacer conocido su entendimiento y acuerdo de las necesidades del tratamiento.
4. Ser respetable y considerable de todos los empleados y otros pacientes que están recibiendo tratamiento de la Tooth Truck.
5. Por sus acciones si niegan tratamiento o por no seguir las instrucciones que reciben de los empleados dentales.
6. Proporcionar ayuda y transporte responsable cuando sea necesario.
7. Obedecer todas las politicas y procedimientos de la Tooth Truck.

Reconocimiento del Recibo de las Noticias de Practicas Privadas

USTED PUEDE NEGAR ESTE RECONOCIMIENTO.

Yo, _____, (escriba el nombre del Padre/Tutor legal) he recibido una copia de las noticias de practicas privadas de esta oficina (usted se puede quedar con las pagina 6 de esta aplicación).

Firma: _____

Fecha: _____

PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Intentamos obtener el recibo del reconocimiento escrito de nuestras noticias de practicas privadas, pero no lo pudimos obtener porque:

- _____ el individual nego firmarlo
- _____ barreras de comunicación prohibio el reconocimiento
- _____ una situación de emergencia nos previno de obtenerlo
- _____ Otro (por favor especifique) _____



Esta Ronald McDonald Care Mobile es posible por una subvención de parte de Ronald McDonald House Charities, Inc. ("RMHC"), una corporación no-lucrativa, caritativa y excenta de impuestos. RMHC no tiene ninguna responsabilidad ni obligación legal para la operación de esta Ronald McDonald Care Mobile ni para las actividades médicas o dentales que están hechas allí.

NOTICIAS DE PRACTICAS PRIVADAS

ESTA NOTICIA DESCRIBE COMO LA INFORMACIÓN DE SU SALUD PUEDE SER USADO Y DIVULGADO Y COMO USTED PARA ACCESAR ESTA INFORMACIÓN.

POR FAVOR REVISELO CON CUIDADO.
LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD ES MUY IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

NUESTRO DEBER LEGAL

Somos requeridos por ley federal y del estado mantener la privacidad de la información de su salud. También es requerido que le damos a usted esta Noticia acerca de nuestras practicas privadas, nuestros deberes legales y sus derechos sobre su información de salud. Tenemos que obedecer las practicas privadas que están descrito en esta Noticia mientras sea en efecto. Esta Noticia toma efecto el 7 de enero, 2003 y permanecer en efecto hasta cuando la substituiremos por otra.

Nosotros reservamos el derecho de cambiar nuestras practicas privadas y la ley aplicable permite los terminos de esta Noticia en cualquier momento proporcionados estos cambios. Reservamos el derecho de hacer cambios en nuestras practicas privadas y los nuevos terminos de nuestra Noticia efectivo para todo la información de salud que mantenemos, incluyendo la información de salud que nosotros creamos o que nos recibió antes de hacer los cambios. Antes de hacer un cambio significativo en nuestras practicas privadas o si le gustaría obtener más copias de esta Noticia por favor contactenos de la lista de información que se encuentra en el fin de esta Noticia.

USO Y ACCESOS DE INFORMACIÓN DE SALUD

Nosotros usamos y divulgamos su información de salud para el tratamiento, pago y operaciones de salud.
Por ejemplo:

Tratamiento: Nosotros podemos usar o divulgar su información de salud a un médico o otro proveedor médico que le este proporcionado tratamiento.

Pago: Nosotros podemos usar o divulgar su información de salud para obtener el pago por servicios que le dimos.

Operaciones de Tratamiento de Salud: Nosotros podemos usar o divulgar su información de salud en conexión con nuestras opciones del tratamiento de salud. Las operaciones del tratamiento de salud incluyen la valoración de calidad y actividades de mejoramiento, revisando la competencia o calificaciones de profesionales del tratamiento de salud, evaluando el funcionamiento del médico y proveedor, conduciendo programas de entrenamiento, o actividades de acreditación, certificación, licencias o credenciales.

Su Autorización: En adición del uso de su información de salud para ofrecer tratamiento, pago, o operaciones del tratamiento de salud, usted nos puede dar una autorización escrita para usar su información de salud o para divulgarla a cualquier persona para cualquier proposito. Si usted nos da la autorización escrita, usted la puede revocar por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará algún uso o acceso que estaba permitido por su autorización cuando estaba en efecto. A menos que nos da una autorización escrita, no podemos usar ni divulgar su información de salud por ninguna razon excepto por lo que está descrito en esta Noticia.

Para su Familia y Amigos: Nosotros le tenemos que divulgar a usted su información de salud como descrito en la sección de esta Noticia Derechos del Paciente. Nosotros podemos divulgar su información de salud a un miembro de su familia, amigo, o otra persona cuando sea necesario para ayudarle con su tratamiento de salud o con un pago de su tratamiento de salud, pero solamente si usted está de acuerdo de que lo podemos hacer.

Personas Involucradas en su Tratamiento: Nosotros podemos usar o divulgar su información de salud para notificar o ayudar en la notificación de (incluyendo identificando o localizando) un miembro de su familia, su representante personal o otra persona responsable por su tratamiento, su localización, su condición general, o su muerte. Si usted está presente, entonces antes de usar o divulgar su información de salud, nosotros le presentaremos la oportunidad de rechazar esos usos o accesos. En el evento de su incapacidad o una circunstancia de emergencia, nosotros divulgaremos la información de salud basado en la determinación de usando nuestro juicio profesional divulgando solamente la informacion de salud que esta directamente relevante a la involucracion de la persona en su tratamiento de salud. También usaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con practicas comunes para tomar inferencias razonables de su mejor interés en permitiendo que una persona recoje recetas sutidas, materiales médicos, radiografías, o otras formas similares de información de salud.

Comercializando Servicios Relacionados con La Salud: Nosotros no usaremos su información de salud para comunicaciones de comercializacion sin su autorización escrita.

Requerido por Ley: Nosotros podemos usar o divulgar su información de salud cuando está requerido por ley.

Abuso o Negligencia: Nosotros podemos divulgar su información de salud a autoridades apropiados si creemos razonable que usted puede ser la victima de abuso, negligencia o violencia domestica o la victima posible de otros crímenes. Nosotros podemos divulgar su información de salud al grado necesario para evitar una amenaza seria de su salud o seguridad, o la salud y seguridad de los demás.

(una copia de este aviso está tambien disponible en www.toothtruck.org)