

**NORTH FLORIDA MEDICAL CENTERS, INC**  
**Forma de Consentimiento para Tratamiento (favor de firmar donde sea indicado)**  
**Regrese al salón de clase para el miércoles, 19 de diciembre.**

Yo doy permiso a **NORTH FLORIDA MEDICAL CENTERS, INC** para que mi hijo(a), \_\_\_\_\_ reciba el tratamiento dental preventivo y para colectar el pago de Medicaid en mi nombre y permitirle al dentista el acceso al expediente dental de mi hijo(a).

El tratamiento incluirá un examen dental limitado, capa de fluoruro, y/o sellador dental. Estos servicios preventivos son muy importantes para ayudar a su hijo(a) a reducir la caries. Junto con una buena limpieza y el uso de hilo dental su hijo(a) debe visitar al dentista cada 6 meses. Estos servicios no sustituyen los exámenes hechos por su dentista. El diagnóstico de caries, la enfermedad de tejido blando, cáncer bucal, la enfermedad de articulaciones tempo mandibular (TMJ) y la maloclusiones dentofaciales solo pueden ser diagnosticadas por un examen dental completo hecho por un dentista.

*Los estudiantes que no tengan Medicaid podrán ser auspiciados a través del Programa Dental Outreach que ayuda a los que no tienen seguro de salud. A las familias elegidas se les dará la oportunidad de registrarse en el programa de Medicaid durante este evento. Los estudiantes que necesiten más atención dental serán referidos a un dentista participante de Medicaid.*

Firmando lo siguiente, yo demuestro que leí y entendí el contenido de esta información general/ formulario de historia médica, adjunto a esta forma de consentimiento para el tratamiento y estoy de acuerdo con los términos del convenio y tengo la autoridad legal para dar consentimiento a que mi hijo(a) reciba este servicio, y que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de parte de North Florida Medical Centers, INC. Otorgando la información del seguro de salud le permitirá a North Florida Medical Centers, INC. colectar el costo del servicio, si es aplicable, en su nombre. Yo autorizo el pago de los servicios y beneficios dentales a North Florida Medical Centers, INC. Este consentimiento es valido por 24 meses desde el día que este contrato fue firmado.

**Firma Legal de padre /guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Información de seguro —si es aplicable**

Número de Seguro Social de su hijo(a) \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de identificación de Medicaid de su hijo(a) \_\_\_\_\_

Nombre del Jefe de Familia: \_\_\_\_\_

**Tiene su hijo(a) otro seguro de salud? Marque si es aplicable**

**Nombre del Seguro de Salud:**

**Dirección de Reclamaciones:**

- Kidcare** \_\_\_\_\_
- Healthy Kids** \_\_\_\_\_
- Delta Dental** \_\_\_\_\_
- Blue Cross/Blue Shield** \_\_\_\_\_
- Medicaid** \_\_\_\_\_
- NO TENGO SEGURO**

**Yo declino el servicio dental para mi hijo(a) - firma legal del padre/guardián:** \_\_\_\_\_

**NORTH FLORIDA MEDICAL CENTERS, INC**  
**Información General (favor de imprimir)**

**Nombre del niño (a):** \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
apellido nombre inicial Mes/Día/Año

**# de SS del niño(a) :** \_\_\_\_\_ dirección: \_\_\_\_\_  
calle ciudad Estado código postal

**Nombre de Padre/guardián:** \_\_\_\_\_ dirección: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Teléfono del hogar:** \_\_\_\_\_ nombre de escuela: \_\_\_\_\_ Está su hijo(a) en el Programa Almuerzo gratis/reducido?

**Recibe Ud. Medicaid?**   **número de Medicaid del niño(a)** \_\_\_\_\_ **Sexo:**

**Raza:** circule lo que aplica [American Indian/Alaska] [Asian] [Hawaiian] [Black] [White] [Pacific Islander/Other]

**Idioma que más usa:** [Inglés] [Español] [Otros] \_\_\_\_\_

**Etnicidad:** [Hispano Latino] [No-Hispano] **Sin hogar?**

**Es algún miembro de su familia un trabajador agrícola?**   **Temporal?**   **Migrante?**

**Información de salud**

[Sí] [No] Tiene su hijo(a) serios problema de salud? Si cierto, explique: \_\_\_\_\_

[Sí] [No] Sufre su hijo(a) de asma?

[Sí] [No] Ha sufrido su hijo(a) de fiebre reumática o enfermedad cardiaca reumática?

[Sí] [No] Ha sido su hijo(a) diagnosticado de un soplo cardíaco?

[Sí] [No] Está tomando medicamento(s) su hijo(a)? Si cierto, anótelos: \_\_\_\_\_

[Sí] [No] Le ha dicho un doctor o dentista que su hijo(a) necesita tomar antibióticos (Penicilina) antes del cuidado dental?

[Sí] [No] Es su hijo(a) alérgico(a) a algún medicamento? Si cierto, anótelos: \_\_\_\_\_

[Sí] [No] Es su hijo(a) alérgico a látex?

[Sí] [No] Ha sido su hijo(a) examinado por un dentista? Si cierto, fecha del último examen: \_\_\_\_\_  
Cual fue la razón de su visita? \_\_\_\_\_

[Sí] [No] Durante los último 12 meses necesitó su hijo(a) cuidado dental y no fue posible obtenerlo los servicios?

Si cierto, explique la razon. \_\_\_\_\_

**Nombre de su Dentista regular:** \_\_\_\_\_

HIPAA Aviso de Prácticas de Privacidad

Se le ha otorgado un detallado aviso de las Prácticas de Privacidad de North Florida Medical Center INC. Esto es un resumen de la información detallada: Como el proveedor del cuidado de su hijo(a), nosotros podemos utilizar la información de su hijo(a) para proveerle los servicios del cuidado de salud. Podemos usar y divulgar la información de salud de su hijo(a) si es necesario al cetro de operaciones para poder asegurar que nuestros pacientes reciban la mejor atención posible. Como padre/guardián del niño(a) (nuestro paciente) usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar la información medica que nosotros mantenemos, corregir y enmendar dicha información pedir que nos comuniquemos confidencialmente, restringir ciertos usos y divulgaciones de la información de salud de su hijo, y la habilidad de presentar un queja con nosotros si usted piensa que sus derechos has sido violados. Para cualquier pregunta, preocupaciones o quejas sobre El Aviso De Practicas De Privacidad de su información medica favor de llamar al Oficial de Privacidad al: (850) 385-4494.

He leído y entendido el resumen de las Practicas de Privacidad, y doy permiso para que mi hijo(a) participe en el Evento de hoy.

\_\_\_\_\_  
**Firma del Padre/tutor** **favor de imprimir** **fecha**

\_\_\_\_\_  
**Historia medica revisada** **Firma del proveedor** **fecha**