

SCHOOL-BASED DENTAL PROGRAM



INSCRIPCIÓN DENTAL DEL ESTUDIANTE

Teléfono: 207-874-2141

Fax: 207-874-2164

Estimado/a padre/madre o tutor:

En Greater Portland Health (GPH), en colaboración con las escuelas públicas de Portland, Westbrook y South Portland, ofrecemos atención dental *in situ* en determinadas escuelas.

Complete y firme este formulario de inscripción dental y la Autorización para la Divulgación de Información para permitir que el menor tenga acceso a los servicios dentales en su escuela. Esto es válido incluso si el menor es paciente de GPH.

Con su permiso, un dentista le prestará los servicios* que usted indique a continuación. Marque todos los servicios que desea que reciba el menor:

- Sí, me gustaría que el menor se sometiera a un examen dental.
- Sí, me gustaría que el menor recibiera una limpieza dental.
- Sí, me gustaría que el menor recibiera un tratamiento con fluoruro.

* Un informe de los servicios de salud bucodental realizados se enviará a casa con el menor.

Un dentista de GPH proporciona el tratamiento de seguimiento en la clínica situada en Portland High School. En el tratamiento, se pueden incluir, entre otros, examen dental, radiografías de diagnóstico, fluoruro, empastes, coronas y extracciones.

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con:

Jenna MacDonald, directora de la clínica dental de GPH

Teléfono: 207-874-2141

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

APELLIDO LEGAL

NOMBRE LEGAL

SEGUNDO NOMBRE LEGAL

NOMBRE DE PREFERENCIA
nombre elegido, apodo, nombre de pila,
"Diríjase hacia mí por este nombre"

FECHA DE NACIMIENTO: / /

Mes Día Año

ESCUELA

PROFESOR

GRADO

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

1 of 4

SCHOOL-BASED DENTAL PROGRAM



INSCRIPCIÓN DENTAL DEL ESTUDIANTE

Teléfono: 207-874-2141

Fax: 207-874-2164

COBERTURA DEL SEGURO DEL MENOR

En el caso de los menores que no tengan seguro dental o si su seguro no cubre los servicios dentales indicados, es posible que reciba una factura por los servicios prestados. Hay una escala móvil de tarifas disponible para todos los que cumplan los requisitos. Los asesores de asistencia financiera están a su disposición para ayudarlo a determinar las opciones de seguro y los planes de pago. Los exámenes y las aplicaciones de fluoruro se financian actualmente mediante una subvención, por lo que no se le facturarán.

¿El menor tiene MaineCare (Medicaid)? Sí No No lo sé

En caso afirmativo, ¿cuál es el número de identificación MaineCare del menor? _____

¿El menor tiene otro seguro dental? Sí No No lo sé

Nombre del subscriptor	Fecha de nacimiento	Parentesco con el paciente	
Nombre de la compañía de seguros	N.º de id. del miembro	N.º de id. del grupo	Fecha de emisión
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

¿Quién es el médico de cabecera del menor?: _____

Actualmente, el menor no tiene médico.

¿Quién es el dentista del menor?: _____

Actualmente, el menor no tiene dentista.

¿Cuándo fue la última vez que el menor fue al dentista?

En el último año Hace más de un año Nunca

¿El menor tiene alguna alergia? En caso afirmativo, enumérelos: _____

Enumere los medicamentos que toma el menor: _____

Enumere cualquier antecedente de cirugías: _____

¿EL menor padece alguna de las siguientes enfermedades?: *Seleccione todo lo que corresponda.*

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> TDAH | <input type="checkbox"/> Defectos congénitos | <input type="checkbox"/> Tipo de diabetes _____ |
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH/Hepatitis | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral infantil | <input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Labio leporino/Fisura palatina | <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Cáncer/Tumores | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática |
| <input type="checkbox"/> Autismo/Asperger | <input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita | <input type="checkbox"/> Trastornos del habla/de la audición |

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

2 of 4

SCHOOL-BASED DENTAL PROGRAM



INSCRIPCIÓN DENTAL DEL ESTUDIANTE

Teléfono: 207-874-2141

Fax: 207-874-2164

OTRA INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

La información que comparta en esta sección no afectará negativamente en modo alguno al cuidado del menor. Solo tiene fines demográficos. Recopilamos esta información para garantizar que reconocemos y respetamos a todos los pacientes, independientemente de su sexo, orientación sexual, raza u origen étnico.

Género con el que se identifica:

- Masculino
 - Femenino
 - Masculino (transexual)
 - Femenino (transexual)
 - No binario
 - Se niega a responder
 - No figura como opción
- (especifique abajo):

Sexo legal:

- Masculino
- Femenino
- X o no binario
- Intersexual

Sexo asignado al nacer:

- Masculino
- Femenino

Pronombres:

- Ella
 - Él
 - Elle
 - Se niega a responder
 - No figura como opción
- (especifique abajo):

Orientación sexual:

- Heterosexual
 - Homosexual
 - Bisexual
 - Pansexual
 - Se niega a responder
 - No figura como opción
- _____

Raza:

- Blanco**
Portugal, Alemania, Polonia, Bosnia, Países del Medio Oriente
- Negro, africano, afroamericano**
haitiano, jamaicano, keniano, congoleño, etc.
- Isleño del Pacífico**
Samoa, Guam, Micronesia, Tahiti, Palua, etc.
- Asiático**
China Filipinas, Bangladesh, Nepal, Pakistán, Vietnam
- Nativo de Hawái**
Nativo de cualquier isla de Hawái

Indígena del Sur/Centro/Norte de América, Nativo de Alaska

Nativo Americanos, Penobscot, Passamaquoddy, Maliseet, Micmac, abenaki, inuit, mayan, incan, puertorriqueño, Miskito, Chatino, etc.

Multirracial

Más de una raza/etnia

Se niega a especificar

Etnia:

- Hispano/latino
- No Hispano/no latino

Idioma de preferencia (elijá uno):

- Inglés Español Francés Árabe Portugués Somalí Cantonés Lingala
- ASL (discapacidad auditiva) Kinyarwanda Kirundi Swahili Otro: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

SCHOOL-BASED DENTAL PROGRAM



INSCRIPCIÓN DENTAL DEL ESTUDIANTE

Teléfono: 207-874-2141

Fax: 207-874-2164

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PADRE/DE LA MADRE O DEL TUTOR LEGAL

Apellido del padre/
de la madre o del tutor

Nombre del padre/
de la madre o del tutor

Parentesco/Cargo

Fecha de nacimiento

Dirección

Número de teléfono

¿Es paciente de Greater Portland Health?
 SÍ NO

Dirección de correo electrónico del padre/de la madre o del tutor

Dirección del padre/de la madre o del tutor y del estudiante (si es diferente de la anterior):

Calle, número de apartamento/unidad

Ciudad

Estado Código
postal

Al firmar este formulario, reconozco lo siguiente:

Doy mi consentimiento para que el menor reciba los servicios dentales que he indicado anteriormente sin la presencia del padre/de la madre o del tutor durante el tiempo que dure la inscripción del menor en una escuela de Portland, Westbrook o South Portland.

Entiendo que el Programa Dental Escolar de GPH es una entidad separada de la escuela y de la oficina del personal de enfermería de la escuela. Proporciona exámenes dentales y una serie de tratamientos de salud bucodental ubicado en la escuela, mientras que entabla comunicación con otros proveedores de atención médica que también pueden estar involucrados en el cuidado del menor.



Sí, he revisado el **Aviso de prácticas de privacidad** de GPH, que está disponible en nuestro sitio web escaneando este código QR.

Firma del paciente o del padre/
de la madre o del tutor legal

Fecha de firma

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

4 of 4