



♦ Los servicios dentales preventivos brindados son para niños y adolescentes desde el nacimiento hasta los 19 años, que están cubiertos por el seguro estatal: Planes de atención médica de Minnesota (MHCP) como MA, South Country Health Alliance, Blue Plus, UCare, o sin seguro. ♦ Los pacientes que participan en nuestro programa y que están inscritos en un programa de asistencia estatal, se les facturarán sus servicios al seguro y la parte no pagada se pagará mediante subvenciones. ♦ Si el paciente no tiene seguro, Let's Smile, Inc. utiliza fondos de subvenciones/donaciones para cubrir el costo de sus servicios. ♦ ¡Todos los servicios dentales son gratuitos para las familias! ♦

♦ Complete la siguiente información. Sus respuestas son solo para nuestros registros y se mantendrán estrictamente confidenciales de acuerdo con las leyes aplicables. Tenga en cuenta que se le harán algunas preguntas sobre su salud. Esta información es vital para permitirnos brindarle la mejor atención posible.

**⚠ No complete este formulario si su hijo(a) tiene un seguro dental privado o un hogar dental establecido ⚠**  
**♦ UN FORMULARIO POR NIÑO ♦** Hay formularios adicionales disponibles en nuestro sitio web: [www.letssmileinc.com](http://www.letssmileinc.com)



♦ Nombre del niño(a) \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Apodo del niño, si lo hay: \_\_\_\_\_

♦ Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ ♦ Género:  Masculino  Femenino  Prefiero no decir/otro

♦ Raza/Etnia (solo por razones estadísticas) ♦ Marque todas las casillas que correspondan al paciente:  
 Blanco/Caucásico  Negro/Afroamericano  Hispano/Latino Americano  Asiático  Nativo Americano  Somalí  Otro

♦ ¿El paciente necesita un intérprete?  Sí  En caso afirmativo, indique el idioma \_\_\_\_\_  No

♦ ¿Quién es la persona de contacto principal para este paciente? \_\_\_\_\_  
 ♦ ¿Ha cambiado el contacto principal de la familia (generalmente un padre o tutor) desde su última visita?  Sí  No

♦ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_ ¿Acepta mensajes de texto?  Sí  No

♦ Nombre y número del contacto de emergencia: \_\_\_\_\_

♦ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_ ¿Acepta correos electrónicos?  Sí  No

♦ Dirección: \_\_\_\_\_  
 Calle/# de Apt \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

♦ Escuela \_\_\_\_\_ (Clínica dental basada en la escuela)

♦ **Seguro dental:** Número de PMI del miembro # \_\_\_\_\_ ♦ Número de seguro social \_\_\_\_\_ (usado SOLO para buscar verificación de seguro)  
 Sin seguro dental  MA  MN Care  South Country Health Alliance  U-Care  Blue Plus

**HISTORIA DENTAL:**

♦ ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que su hijo visitó a un dentista/higienista? Marque uno.  
 Menos de 6 meses = **NO NECESITA SERVICIOS**  Hace más de 6 meses, pero no más de 1 año  
 Hace más de 1 año, pero no más de 3 años  Hace más de 3 años  Nunca ha ido al dentista/higienista  
 No se, no me acuerdo \*\* Nombre del consultorio dental de la experiencia dental previa: \_\_\_\_\_

♦ ¿Alguna vez le han dicho que su hijo necesita tomar antibióticos antes de cualquier tratamiento dental?  Sí  NO

♦ ¿El suministro de agua de su hogar está fluorado?  Sí  NO

♦ Durante los últimos 6 meses, ¿su hijo tuvo dolor de muelas más de una vez al morder o masticar?  Sí  NO

♦ ¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes su hijo? \_\_\_\_\_ ¿Usa hilo dental? \_\_\_\_\_ ¿Enjuague bucal? \_\_\_\_\_

♦ ¿Sangran las encías de su hijo cuando se cepilla los dientes?  Sí  No

♦ ¿Tiene su hijo algún hábito oral:

Chuparse el dedo  morderse las uñas  respirar por la boca  chupete  dormir con un biberón  rechinar los dientes  vapear/fumar  masticar tabaco sin humo

♦ ¿Cuáles son SUS preocupaciones o preguntas con respecto a los dientes de su hijo? \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO:** Aunque el personal dental trata principalmente el área dentro y alrededor de la boca, la boca es parte de todo el cuerpo. Los problemas de salud o los medicamentos que se puedan tomar podrían tener una influencia importante en la odontología que recibirá su hijo. Gracias por responder las siguientes preguntas.

1. Enumere sus medicamentos recetados o de venta libre: \_\_\_\_\_

2. Enumere las alergias. \_\_\_\_\_

3. ¿Su hijo tiene alguna de las siguientes condiciones:  Sí - Si la respuesta es sí, marque la condición con un círculo  No

Asma	ADD/ADHD	Autismo	Cancer	Síndrome de Downs	Epilepsia	Problemas de Sangre	Problemas de Corazon
Soplo Cardíaco	Hepatitis	Alergia al Látex	Fiebre Reumática	Tuberculosis	Diabetes	Convulsiones	otro (por favor enumere)

**SIGNATARIO AUTORIZADO:**

-Autorizo a Let's Smile, Inc. a realizar servicios clínicos de atención dental preventiva que sean necesarios para la adecuada atención dental del paciente.

-Entiendo que estos servicios son proporcionados por un higienista dental registrado colaborativo y que la evaluación no sustituye a un examen dental realizado por un dentista autorizado. Se recomienda un examen dental por parte de un dentista al menos una vez al año.

- Doy mi consentimiento para permitir que Let's Smile, Inc. use la imagen, voz y/o palabras mías/de mi hijo/mis hijos en materiales informativos como informes, folletos, videos, etc., y para entrevistas con los medios. Renuncio a todas las reclamaciones de compensación y libero a Let's Smile, Inc. de cualquier responsabilidad relacionada con dicho uso.

★ Escriba NO si no está de acuerdo con la parte de la foto del formulario: \_\_\_\_\_

-Autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente a Let's Smile, Inc. Entiendo que mi seguro dental puede pagar menos o no cubrir todos los servicios prestados. Entiendo que si se niegan los servicios o el seguro está inactivo, Let's Smile, Inc. es responsable de los cargos impagos. Que yo sepa, toda la información anterior es correcta y precisa.

♦ Nombre Impreso de Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ ♦ Firma de Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_