

Consentimiento para la participación en el programa piloto de tele-odontología

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Domicilio del Estudiante: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (mes/día/año): \_\_\_\_\_ Escuela del Estudiante/Grado: \_\_\_\_\_

Para el propósito de colección de datos, por favor complete las siguientes secciones:

Origen étnico del estudiante:

Blanco/no-Hispano  Hispano/Latino  Nativo Americano/Esquimal de Alaska  Afroamericano

Nativo Hawaiano/Islands del pacifico  Asiático  Otro (por favor describa) \_\_\_\_\_

Portador de Seguro Dental :  OHP/Medicaid  Privado ID# \_\_\_\_\_

No lo se  El estudiante no tiene seguro dental

Si usted esta interesado en inscribir a su hijo/hija en un plan de seguro, contacte a Oregon Health Plan at 1-800-359-9517

PROPOSITO: El propósito de este formulario es para obtener el consentimiento para la participación en un Sistema de cuidado dental llamado "tele-odontología". Este Sistema ofrece tratamiento dental limitado en la escuela del estudiante en lugar de un consultorio o una clínica dental. El tratamiento dado es a través de un Sistema Proyecto piloto dirigido por Capital Dental Care (CDC) un plan de salud dental en colaboración con Oregon Health Sciences University's School of Dentistry y University of the Pacific School of Dentistry. Los servicios dados bajo este Sistema incluyen la consulta tele-odontología e higiene dental estándar y procedimientos de oficina dental.

Por favor, marque SI o NO

SI

Yo si quiero que mi hijo sea incluido(a) en este programa piloto y recibir servicios preventivos y diagnósticos

NO

Yo no quiero que mi hijo(a) participe en este programa

Al firmar a continuación, estoy afirmando que esta forma se ha completado a lo mejor de mi conocimiento. Yo tambien estoy de acuerdo con las siguientes afirmaciones.

- He leído la pagina "Hechos e información de Tele-odontología".
- Se me ha dado una copia de la Notificación de Practicas de Privacidad.
- Los resultados pueden er compartidos con la enfermera de la escuela, distrito escolar, y el profesional dental.
- La información puede ser enviada a la compañía de seguro de mi hijo(a) o a un tercero pagador solicitar reembolso.
- Esta forma permanence en vigor durante 24 eses

Firma del Padre o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si marcó " Sí" , por favor asegúrese PARA COMPLETAR LA PARTE POSTERIOR DE ESTA PÁGINA .

La ley del estado requiere una historia medica básica para cada niño recibiendo servicios. Por favor, llene este formulario y firme en la parte inferior.

Mi hijo(a) tiene o a tenido historia de:

- Soplo en el corazón o ha tenido una cirugía  Asma  
 Alta presión  Diabetes  Epilepsia/convulsiones  
 Problemas de sangrado/moretos  Cáncer  
 Problemas de la piel  
 Otro (por favor describa): \_\_\_\_\_

Condiciones de comportamiento (por favor describa): \_\_\_\_\_

Mi hijo(a) esta tomando (lista de medicamentos):

Mi hijo(a) es alérgico a:

Nombre de padre/guardian:

Numero de teléfono:

**Historia Dental:**

En el pasado, cuales han sido las barreras que el estudiante a tenido para recibir cuidado dental?

- No tenemos barreras por el momento  Problemas de transporte  Costo de tratamiento/no tener seguro dental  
 Tiempo de compromiso/el tiempo tomado por cita  Ansiedad/miedo al dentista  No tener conocimiento de proveedores locales  
 No poder encontrar un dentista para mi hijo(a)  Se tarda demasiado tiempo para conseguir una cita para mi hijo(a)  
 No poder tomar tiempo del trabajo  
 Otro (por favor describa) \_\_\_\_\_

Cuando fue el ultimo examen dental de su hijo(a)?

- Ase 6-12 meses (1)  Ase 13-24 meses (2)  Ase 2+ anos (3)  Nunca ha asistido  No lo se

Su hijo(a) ha tenido radiografias anteriormente?  Si  No

En caso afirmativo, aproximadamente cuando? \_\_\_\_\_

Nombre del Dentista/Nombre de la oficina dental \_\_\_\_\_

Su hijo se queja de dolor en la boca/dolor al comer/dolor causando que se despierte por la noche?  Si  No

Categoría de licencia del profesional dental: Higienista dental de practica expandida (EPDM)

El proveedor de cuidado dental que esta proporcionando cuidados en nombre de mi hijo(a) he discutido conmigo la información anterior. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de esta información y todas mi preguntas han sido contestadas. He leído y aceptado permitir que mi hijo(a) participe en este estudio para demostrar la eficacia de un Nuevo Sistema de cuidado de salud dental que implica consultas tele-odontológicas. Aceptó que los registros de mi hijo, incluyendo versiones electrónicas de radiografías, fotografías, gráficos de las condiciones, y la salud ya otra información de la historia medica, de el o ella sean compartidas y utilizadas como se describe en este formulario de consentimiento y en el "Aviso de Practicas de Privacidad", que he recibido. Reconozco que no hay garantía o seguridad del tratamiento que se le va hacer por cualquier persona en relación con el tratamiento, e solicitado y autorizado en nombre de mi hijo.