LAKESHORE
community health care

Proporcionar servicios integrales de salud cuidar a todos.

Programa Dental Escolar

¿Qué servicios dentales se proporcionan?

- ★ Salud bucal Educación
- ★ Limpieza Dental
- ★ Examén/ Evaluación Oral
- ★ Coronas*
- ★ Extracciones sencillas*
- ★ Radiografías
- ★ Fluoruro
- ★ Selladores
- ★ Empastes
- ★ Endodoncias*

**servicios para dientes de leche solamente.*

¿A quién puedo contactar si tengo preguntas?

Coordinador del Programa Escolar:

Manitowoc: 920-973-9709
Email: mtwcschoolsdental@lakeshorechc.org

Sheboygan: 920-946-5689
Email: shebschoolsdental@lakeshorechc.org

Lakeshore Community Health Care, ofrece cuidado dental para niños actualmente matriculados en las escuelas del Condado de Manitowoc y Condado de Sheboygan.

Si desea aprovechar esta oportunidad, complete un formulario de consentimiento y devuélvalo a la oficina de la escuela de su hijo.

Nuestro personal profesional estará disponible en la escuela de su hijo para proporcionar servicios durante el día escolar. Las visitas dentales están programadas durante el año escolar. Cada escuela envía anuncios de fechas en que LCHC estará en la escuela de su hijo.

¿Cómo me facturan?

Una reclamación por los servicios provistos será enviada a su compañía de seguros. El seguro privado puede no cubrir todos los servicios. Los pacientes no asegurados que califican para un honorario de la escala móvil se pedirán que paguen un copago.

¿Quién califica para estos servicios?

Cualquier niño que NO esté actualmente establecido con otro dentista. Todos los niños son aceptados, independientemente del seguro o la capacidad de pago.

Aceptamos nuevos pacientes con seguro privado, Medicaid/BadgerCare, Medicare o sin seguro.

SERVICIOS EN LAKESHORE

Salud Médica y de Comportamiento

- Atención primaria general y preventiva
- Manejo de enfermedades crónicas
- Farmacia
- Servicios quiroprácticos
- Referencias de laboratorio y rayos x
- Exámenes de salud
- Servicios de Consejero

Servicios Dentales

- Exámenes de rutina y limpiezas
- Tratamientos con fluoruro
- Rellenos y endodoncias
- Selladores
- Dentadura postiza
- Cuidados de emergencia

Servicios de Apoyo

- Programas educativos
- Inscripción de seguros
- Gestion de casos
- Referencias a agencias comunitarias

Intérpretes Disponibles - Muaj neeg txhais lus - Interpreters Available

SHEBOYGAN	MANITOWOC
920-783-6633	**920-686-2333**
1721 Saemann Ave.	2719 Calumet Ave.
Sheboygan, WI 53081	Manitowoc, WI 54220

Lunes a Viernes 7:30 am - 5:00 pm, llamar por horas extendidas.

www.lakeshorechc.org

Solo Oficina:
MRN#_____

Programa Dental Escolar

Por favor complete la forma de consentimiento. Gracias.

LAKESHORE community health care

Nombre del Niño: _____ **Apellido del Niño:** _____ **Fecha:** _____

Sección 1:

¿Su niño está siendo visto por un dentista? ☐ Sí* ☐ No **Si actualmente tiene un dentista, por favor continúe cuidando con ellos.*

¿Su hijo es actualmente un paciente en Lakeshore Community Health Care? ☐ Sí ☐ No

☐ STOP **No, No autorizo la participación de mi hijo en el Programa Dental Escolar.**
**Damos la bienvenida a todos los pacientes. Si ya ha establecido el cuidado con otro proveedor, le pedimos que continúe con su cuidado.*

☐ GO **Sí, doy permiso para que mi hijo participe en el programa dental de la escuela.**
Por la presente autorizo a Forward Health oa mi compañía de seguros a que se le emita una reclamación por servicios facturables. Entiendo que se me pueden cobrar los cargos no cubiertos por mi copago o seguro.

Imprimir el nombre del padre/tutor:_____ **Fecha de nacimiento:**_____

¿El niño vive contigo? ☐ Sí ☐ No *Si no es el padre del niño, proporciona la documentación.*

Relacion hacía el niño:
☐ Padre/Madre ☐ Tutor
☐ Padrastro/Madrastra
☐ Padre de acogida ☐ El Poder

Si desea dar permiso para comunicarse con otras personas, en lo que respecta a cuidados menores o medicamentos, enumérelos aquí.

Nombre: _____ *Relación con el niño:* _____ *Teléfono:* _____ ☐ *Permitir recoger medicamentos*

Dirección: _____ *Ciudad, Estado, Código postal:* _____

Si seleccionó"GO" en la parte de arriba, provea la siguiente información Sección 2 hasta la Sección 5.
Por favor complete estas secciones y firme en la parte posterior para evitar un retraso en el servicio.

Sección 2:

Grado:_____ Escuela: _____

Fecha de Nacimiento del Niño:_____

Dirección de casa: _____

_____
Ciudad, Estado y Código postal

Comunicación Preferida *(Listar: 1,2,3)*: ___Llamada ___Texto* ___Email

Teléfono para llamar_____

Teléfono al texto: _____

Email:_____

**Se pueden aplicar tarifas de mensajes de texto estándar.*

Sección 3:

Genéro: ☐ Masculino ☐ Femenino

Raza: ☐ Blanco ☐ Asiático
☐ Negro /Afroamericano
☐ Nativo Americano/Nativo de Alaska
☐ Nativo Hawaiano ☐ Isleño del Pacífico
☐ Más de una raza

Etnia: Hispano/Latino ☐ Sí ☐ No

Habla: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

Necesita intérprete: ☐ Sí ☐ No

Sin hogar: ☐ Sí ☐ No

Sección 4:

Número Total de Miembros en la Familia ____ **Ingreso Total Familiar** (antes de deducciones) _____ ☐ Mensual ☐ Anual

Que tipo de coverture de Seguro DENTAL tiene su hijo para servicios dentales?
**Ningún estudiante se le negará los servicios basado en la cobertura de seguro.*

☐ **Forward Health/Medicaid/BadgerCare** Número de Membrecia:_____

☐ **Seguro Privado** (i.e. Delta Dental of WI, Anthem Dental, etc.)

Nombre del seguro: _____ *Membrecia ID/ # dePolizá:*_____

Nombre del Titular del seguro: _____ *Fecha de Nacimiento del Titular:* _____

Número de grupo: _____ *Teléfono de la compañía de seguros:* _____

Direcció de Oficina de Reclamos: _____

☐ **Sin seguro:** *A los pacientes sin seguro se les pedirá que paguen un copago fijo basado en el tamaño del hogar y los ingresos.*

Sección 5: Por favor complete el Registro de Salud del Estudiante al reverso de la página.

Puede ser necesario que un representante de LCHC se comunique con usted antes del examen de su hijo. Por favor, responda de nuevo a nosotros para asegurarse de que su hijo será visto mientras estamos en su escuela.

Programa Dental Escolar

LAKESHORE community health care

Sección 5: Por favor complete las siguientes preguntas:

Nombre de su Doctor: _____ Fecha del último examen: _____

Número de teléfono de su Doctor: _____ Peso: _____

Nombre del Seguro Médico: _____ Estatura: _____

Sí ☐ No ☐ ¿Su hijo toma algún medicamento? En caso afirmativo, sírvase enumerarlos:

_____

Sí ☐ No ☐ ¿Tiene su hijo alguna alergia? En caso afirmativo, explíquelo por favor:

_____

Sí ☐ No ☐ ¿Su hijo alguna vez ha tenido alguna enfermedad o operación grave? En caso afirmativo, explíquelo:

_____

Sí ☐ No ☐ ¿Su hijo alguna vez tomó una pre-medicación (antibiótico) antes de una visita dental? Si es así, explique:

_____

Por favor Explique: Tipo de enfermedad, fecha del diagnostico, etc.:

Sí ☐ No ☐ Síndrome de Down (Mongolismo): _____

Sí ☐ No ☐ Parálisis cerebral: _____

Sí ☐ No ☐ Autismo: _____

Sí ☐ No ☐ Desabilidad Mental: _____

Sí ☐ No ☐ Trastornos ADD/TDAH: _____

Sí ☐ No ☐ Distrofía Muscular: _____

Sí ☐ No ☐ Asma: _____ Inhalador en su posesión en la escuela? SÍ ☐ NO ☐

Sí ☐ No ☐ Anemia/Drepanocitica: _____

Sí ☐ No ☐ Cardiopatía: _____

Sí ☐ No ☐ Fiebre Reumática: _____

Sí ☐ No ☐ Cáncer: _____

Sí ☐ No ☐ Tiroides: _____

Sí ☐ No ☐ Enfermedad del Hígado: _____

Sí ☐ No ☐ Enfermadad del Riñón: _____

Sí ☐ No ☐ Tuberculosis: _____

Sí ☐ No ☐ Parásitos: _____

Sí ☐ No ☐ Epilepsía: _____ Fecha de la última convulción: _____

Sí ☐ No ☐ Diabetes: _____

Sí ☐ No ☐ Enfermedad de la Piel: _____ Tipo / variedad: _____

Sí ☐ No ☐ Embarazo: _____ Cuantas semanas: _____

Sí ☐ No ☐ Hepatitis: _____

Sí ☐ No ☐ Herpes: _____

Sí ☐ No ☐ VIH/Sida: _____

Sí ☐ No ☐ ETS: _____

Alguna otra preocupación médica:

Estoy de acuerdo que LCHC se contacte con el doctor para obtener informacion medica relativa para las necisidades dentales de mi hijo. Estoy de acuerdo en compartir informacion de mi hijo entre la escuela y el Programa Dental de LCHC. Entiendo que no todos los servicios pueden estar cubiertos por mi seguro privado.

Firma del Padre o Tutor: _____ **Fecha:** _____

Este formulario es bueno por un año a partir de la fecha firmada.