

Reaching Out:

SMILEmobile Program

CHILDREN'S DENTAL HEALTH SERVICE



COMMUNITY DENTISTRY

625 Elmwood Avenue • Rochester, New York 14620
(585) 275-5007

Child's Name: _____ SS#: _____ Sex: _____
 Date of Birth: _____ Race: _____ Ethnicity: _____ Preferred Language: _____
 Address: _____ City/State: _____ Zip: _____
 Parent/Guardian Name: _____ Phone #s: _____ (home) _____ (cell) _____ (email)
 Sex _____ Date of Birth _____ SS# _____
 Emergency Contact Name: _____ Phone#: _____ Relationship: _____
 Teacher's Name: _____ Room #: _____ Grade: _____
 Medical doctor's name: _____ Medical doctor's phone number: _____

Is your child under the care of a medical doctor for a specific condition? **No Yes**

If yes, please explain: _____

Is your child under the care of a pediatric specialist for a medical, emotional, or behavioral condition? **No Yes**

If yes, please explain: _____

INSURANCE INFORMATION:

Medicaid: _____ Child Health Plus: _____

Private Dental Insurance: _____ Policy # _____ Plan Group Number: _____

Subscriber Name: _____ Insurance Address: _____

Subscriber Date of Birth: _____ Subscriber Gender: _____ Insurance Phone Number: _____

HOSPITALIZATIONS AND SURGERIES:

Has your child had surgery? **No Yes**

If yes, please explain: _____

Has your child been hospitalized for a medical condition or because of injuries? **No Yes**

If yes, please explain: _____

MEDICATIONS:

Prescribed medications: _____

Over the counter medications: _____

Any ALLERGIES: **No Yes** If yes, Please circle all that apply

Local anesthetics/Novocain Penicillin Sulfa drugs Latex Foods Pine nuts Seasonal allergies other: _____

Please explain: _____

DISEASES or CONDITIONS:

Is your child medically healthy? **No Yes**

Does your child have or have they had any of the following:

- | | | | |
|--|---------------|--|---------------|
| 1. Birth defects/inherited conditions..... | No Yes | 11. Tuberculosis..... | No Yes |
| 2. Blood or Bleeding problems..... | No Yes | 12. Asthma..... | No Yes |
| 3. Hemophilia..... | No Yes | 13. Kidney or Bladder problems..... | No Yes |
| 4. Sickle Cell Disease..... | No Yes | 14. Seizures/Epilepsy..... | No Yes |
| 5. Sickle Cell Trait..... | No Yes | 15. Autism..... | No Yes |
| 6. HIV/AIDS..... | No Yes | 16. Mental or behavioral conditions..... | No Yes |
| 7. Hepatitis or Liver Disease..... | No Yes | 17. ADHD..... | No Yes |
| 8. Heart problems..... | No Yes | 18. Nutrition/Digestive System problems..... | No Yes |
| 9. Congenital heart defect..... | No Yes | 19. Diabetes..... | No Yes |
| 10. Lung or breathing problems..... | No Yes | 20. Premature birth..... | No Yes |

Please explain any yes responses: _____

Please tell us about any other conditions: _____

DENTAL HISTORY:

Has any dentist examined/treated your child before? **No Yes**

If yes, date of last dental exam: _____

If your child has seen another dentist, please provide the name of the dentist or office: _____

Does your child have dental pain at the present time? **No Yes**

Has your child injured his/her teeth, mouth or head? **No Yes**

I give my permission for my child to receive a dental exam and x-rays, fillings, extractions, pulp treatments, crowns, cleanings, fluoride, and sealants. Local anesthesia may be given, and if so, care must be taken not to rub or bite lips and cheeks after procedures to avoid possible injury, swelling, or bleeding. I may discontinue my child's treatment with written notice. Ending treatment may lead possibly to pain, infection, swelling, and increased decay/disease. I understand that information about my child's dental care and health history will be provided to the school nurse for inclusion in the school health record. I consent to the exchange of information between my child's dentist and medical provider to clarify health concerns. To the best of my knowledge, the medical history provided is current and accurate.

Signature of parent/legal guardian: _____ date _____

Please print name of parent/legal guardian _____

Nombre del menor: _____ Núm. de Seguro Social: _____ Sexo: ____ Fecha de nacimiento: _____ Raza: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Nombres del padre, madre o tutor: _____ Núm. de teléfono: _____ (casa) _____

(celular) _____ (correo electrónico) _____

Nombre de contacto para emergencias: _____ Núm. de teléfono: _____ Parentesco: _____

Nombre del maestro: _____ Núm. de salón de clases: _____ Grado: _____

Nombre del médico: _____ Número de teléfono del médico: _____

¿Su hijo se encuentra bajo el cuidado de un médico por un problema médico específico? **No Sí**

Si la respuesta es sí, explique: _____

¿Su hijo se encuentra bajo el cuidado de un especialista por un problema médico, emocional o del comportamiento? **No Sí**

Si la respuesta es sí, explique: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO:

Medicaid: _____ Child Health Plus: _____

Seguro dental privado: _____ Núm. de póliza _____ Núm. de grupo del plan: _____

Nombre del suscriptor: _____ Dirección del seguro: _____

Fecha de nacimiento del suscriptor: _____ Género del suscriptor: _____ Núm. de teléfono de la compañía de seguros: _____

HOSPITALIZACIONES Y CIRUGÍAS:

¿Su hijo ha tenido alguna cirugía? **No Sí**

Si la respuesta es sí, explique: _____

¿Su hijo ha sido hospitalizado debido a un problema médico o por una lesión? **No Sí**

Si la respuesta es sí, explique: _____

MEDICAMENTOS:

Medicamentos recetados: _____

Medicamentos de venta sin receta: _____

¿Alguna **ALERGIA**? **No Sí** Si la respuesta es sí, encierre en un círculo todas las opciones que correspondan.

Anestesia local o Novocaína Penicilina Sulfamidas Látex Alimentos Piñones Alergias estacionales Otras: _____

Por favor, explique: _____

ENFERMEDADES o PROBLEMAS DE SALUD:

¿Su hijo está bien de salud? **No Sí**

Indique si su hijo tiene o ha tenido alguno de los siguientes problemas:

- | | |
|--|--|
| 1. Anomalías congénitas o enfermedades hereditarias. No Sí | 11. Tuberculosis No Sí |
| 2. Problemas en la sangre o de sangrado .. No Sí | 12. Asma No Sí |
| 3. Hemofilia No Sí | 13. Problemas de los riñones o en la vejiga No Sí |
| 4. Enfermedad de células falciformes No Sí | 14. Convulsiones o epilepsia No Sí |
| 5. Rasgos de anemia drepanocítica (células falciformes) No Sí | 15. Autismo No Sí |
| 6. VIH o SIDA No Sí | 16. Trastornos mentales o del comportamiento No Sí |
| 7. Hepatitis o enfermedades del hígado No Sí | 17. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD) No Sí |
| 8. Problemas cardíacos No Sí | 18. Enfermedad del sistema digestivo No Sí |
| 9. Defecto congénito del corazón No Sí | 19. Diabetes No Sí |
| 10. Problemas pulmonares o respiratorios .. No Sí | 20. Nacido prematuro No Sí |

Explique todas las respuestas afirmativas: _____

Escriba todos los demás problemas médicos que tenga: _____

HISTORIAL DENTAL:

¿Ha sido su hijo examinado o tratado por un dentista antes? **No Sí**

Si la respuesta es sí, escriba la fecha del último examen dental: _____

Si su hijo ha visitado a otro dentista, escriba el nombre del dentista o del consultorio: _____

¿A su hijo le duele algún diente actualmente? **No Sí**

¿Su hijo se ha lastimado los dientes, la boca o la cabeza? **No Sí**

Doy mi consentimiento para que le realicen a mi hijo un examen dental y radiografías, empastes, extracciones, tratamientos pulpares, coronas, limpiezas y aplicaciones de flúor o selladores. Es posible que se administre anestesia local y, de ser así, debe tener cuidado de no tallarse ni morderse los labios ni las mejillas después de los procedimientos para evitar posibles lesiones, hinchazón o sangrado. Puedo discontinuar el tratamiento de mi hijo mediante un aviso por escrito. La cancelación del tratamiento podría causar dolor, infección, hinchazón y aumento de caries o de la enfermedad. Entiendo que la Información sobre el cuidado dental y sobre el historial de salud de mi hijo se entregará a la enfermera de la escuela para que se incluya en el expediente de salud escolar. Doy mi consentimiento para el intercambio de Información entre el dentista de mi hijo y el proveedor médico para clarificar dudas sobre su salud. He informado estos antecedentes médicos según mi leal saber y entender.

Firma del padre, madre o tutor legal: _____ Fecha: _____

Nombre del padre, madre o tutor legal _____