

Internal use only:

Reviewed by: _____

Date: _____



ADA Foundation

Give Kids A Smile® Day

Pima Community College Site

Date of Event: 03/05/2022

**Dandole a los niños una Sonrisa: Información Del Niño, Historia De Salud y Forma De Permiso:
Para ser competido por el padre or guardián**

Nombre De Niño/a (Primer, segundo, apellido):			
Fecha de nacimiento de niño/a (mm/dd/aaaa): ___ / ___ / _____		sexo biológico de niño/a: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Intersexual	
Ethnicidad de niño/a: <input type="checkbox"/> Afro americano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> caucásico (blanco) <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar			
Dirección domicilio de niño/a (Incluye calle, ciudad, código postal)			
Número Teléfono (Puede recibir comunicación sobre su visita)		Email:	
Nombre de Padre/Guardián: (Primer, apellido):			
Ultima visita dental: <input type="checkbox"/> Durante el Día Dándole A Los Niños Una Sonrisa <input type="checkbox"/> Durante El Año Pasado <input type="checkbox"/> Hace 1-3 Años <input type="checkbox"/> Mas De 3 Años <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Nunca			
¿Su niño ya tiene un dentista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>En caso afirmativo, por favor especifique:</i>			
¿Su niño tiene seguro dental, AHCCCS o KidsCare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe		Si es elgible por AHCCCS elgible, cuál es su AHCCCS #: A _____	
Tipo de AHCCCS Plan <input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> Banner University Family Care/CMDP <input type="checkbox"/> AZ Complete Health <input type="checkbox"/> AIHP (si es elgible): <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> no se aplica <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Niño/a tiene seguro privado			
¿Ingreso total anual de la casa? <input type="checkbox"/> Bajo \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,001-\$20,000 <input type="checkbox"/> \$20,001-\$30,000 <input type="checkbox"/> \$30,001-\$40,000 <input type="checkbox"/> \$40,001-\$50,000 <input type="checkbox"/> \$50,000 and más <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar			
¿Cuantas personas viven en la casa, incluyendo niños y adultos? <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> 4-5 <input type="checkbox"/> 6-7 <input type="checkbox"/> 8-9 <input type="checkbox"/> más de 10 <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar			
Si no, usted ha aplicado para AHCCCS o KidsCare para sus niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe			
¿Con quien debemos comunicarnos el día en que recibirá los servicios (15 de febrero, 2020) en caso de emergencia? Nombre de contacto: _____ Relación: _____ Número Teléfono de contacto: _____			
El nombre del médico o pediatra de su hijo:			
¿Ha padecido su hijo de alguna enfermedad seria ó ha sido operado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si su respuesta es afirmativa, explique:</i>			
¿Está su hijo tomando algún medicamentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>¿Que medicamentos? Lista:</i>			
¿Padece su hijo de alguna clase de alergia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>¿Si su respuesta es afirmativa, qué clase de alergia?</i>			
Las Condiciones de Salud de su Hijo/a - Su hijo padece ó ha padecido de (marque todo lo que corresponda):			
<input type="checkbox"/> Asma/Problemas de respiración <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo I <input type="checkbox"/> Diabetes Tipo II <input type="checkbox"/> Convulsiones/Ataques	<input type="checkbox"/> HIV/SIDA o Hepatitis B <input type="checkbox"/> cardiopatía congénita <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón <input type="checkbox"/> enfermedad cardíaca reumática	<input type="checkbox"/> problemas renales o hepáticos <input type="checkbox"/> Problemas de sangrado <input type="checkbox"/> alergia al látex o al níquel <input type="checkbox"/> Sensibles a productos de madera o resina	<input type="checkbox"/> síndrome de déficit atencional <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Síndrome de Down <input type="checkbox"/> problemas emocionales <input type="checkbox"/> Utricaria o sarpullido
¿Existe algo más que debemos saber sobre la salud de su hijo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si su respuesta es afirmativa, explique:</i>			
¿Su hijo ha sido víctima de abuso doméstico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Está su hijo al día con las vacunas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Las preguntas de historia de salud han sido respondidas correctamente y con precisión.			Initiales aqui: X _____

Internal use only:

Reviewed by: _____

Date: _____



Give Kids A Smile® Day

Pima Community College Site

Date of Event: 03/05/2022

Forma de permiso, Permiso para Utilizar Fotografías, y Consentimiento Para Tratamiento Dental

NOMBRE DE HIJO (ESCRIBE): _____

Soy el padre ó tutor del niño/a mencionado en la parte superior y tengo al menos 18 años de edad. Doy mi consentimiento para que mi hijo participe en la revisión dental así como en el programa preventivo y restaurativo conducido por los miembros de la Fundación Dental de Arizona y los afiliados que ofrece en Pima Community College, 2202 W. Anklam Road, Tucson, Arizona el (05 de marzo, 2022). En el mejor de mi conocimiento, las preguntas sobre el historial médico de mi hijo han sido respondidas de manera correcta y con exactitud.

Doy mi permiso para que le tomen radiografías, los selladores, y para que reciba fluoruro, fluoruro diamino de plata, rellenos, anestesia local (adormecimiento del diente), pulpotmia bebe (diente empaste de la raíz) o radicular terapia y extracción de dientes. Doy permiso para que mi hijo/a reciba oxígeno y/o gas de nitrógeno (sedante) si es necesario.

Es un evento de un día, Dándole a los Niños una Sonrisa. Aunque los voluntarios higienistas, dentistas y especialistas dentales ofrecen procedimientos de alta calidad utilizando buen equipo, entiendo que, debido al número de personas que necesitan ser examinadas, puede ser que mi hijo no reciba extracciones ó rellenos múltiples. También entiendo que los proveedores de cuidado dental son voluntarios y no estarán disponibles para cuidado posterior en caso de complicaciones. Estoy de acuerdo en llevar a mi hijo con su dentista de cabecera, clínica dental, médico familiar ó sala de emergencia en caso de que necesite atención posterior.

En consideración a la atención de salud gratuita que mi hijo recibe en conjunto Dándole a los Niños una Sonrisa, yo, por mi parte y por parte de mi hijo, formalmente renuncio y libero a la Fundación Dental de Arizona ó a cualquier persona o organización que actúe en representación de ellos, patrocine ó sea voluntario en este evento, de todos los reclamos de responsabilidad surgidos de mi aceptación de dicho cuidado gratuito, incluyendo pero no limitándose a médico, quirúrgico, dental, o otro cuidado de salud ó asesoramiento médico. Yo entiendo que cierto tratamiento será proporcionado por un estudiante dental bajo la supervisión de un miembro de facultad de Pima Community College o un dentista.

Me otorgue a la Fundación ADA, la ASOCIACIÓN DENTAL AMERICANA, Fundación Dental de Arizona y sus agentes el derecho de uso de mi hijo imagen, voz y otras reproducciones en relación con la publicidad o difusión, ADA, Fundación, Fundación Dental de Arizona, y sus actividades en todas las formas de medios de este punto en Adelante. Autorizo el uso de las imágenes sin compensación alguna para mí. Todos los negativos, impresiones, reproducciones digitales serán de propiedad de la organización tomar la imagen.

Entiendo que recibiré una copia al igual que el distrito, escolar del tratamiento completado. El registro original del paciente será mantenido por la Fundación Dental de Arizona, 3193 N Drinkwater, Scottsdale, Arizona 85251

Certifico que he leído o me han leído a mí este documento; que todos los espacios en blanco fueron completados antes de que firmara; que entiendo la naturaleza de este consentimiento; y que este consentimiento está proporcionado voluntariamente. Me prepongo ser limitado legalmente por mi firma.

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Confirmación De Recibo del Aviso De Las Prácticas De Privacidad: Dándole a los Niños una Sonrisa

Yo Recibí una copia del Aviso de las prácticas de privacidad Dándole a los Niños una Sonrisa, en sitio web o en persona en el evento Dándole a los Niños una Sonrisa.

Firma de Padre/Guardián: _____ Fecha: _____

Porque la Fundación Dental de Arizona reconoce " Ningún niño/a dejado atrás académicamente", aceptara niños de todas nacionalidades y étnico. La información colectada, sera usada para propósitos de estudios. Este programa está diseñado para niños de 6 a 12 años de edad que tienen dolor oral, no califican para AHCCCS y no pueden pagar un seguro dental.