



SERVICIOS MÓVILES DE SALUD - PROGRAMA DENTAL MÓVIL

Por favor complete y firme esta autorización para que su hijo pueda recibir atención dental. Un dentista / higienista con licencia brindará atención dental en la Unidad Dental Móvil.

Si es necesario, quiero que mi hija reciba selladores Si ó No Fecha de hoy: _____

INFORMACION DEL PACIENTE			
Apellido:	Nombre:	Segundo nombre:	Circule una opción: Sr. Sra. Srta.
			Estado civil (circule uno) S C Sep. D V
Nombre de la escuela / maestro:	Grado:	Edad:	Fecha de Nacimiento
		Sexo: M F	No. del Seguro Social: - -
Dirección de su domicilio:	Ciudad/Estado/ Código Postal		Teléfono de casa:
Contacto de emergencia/Relación:	Teléfono del contacto de emergencia:		
DATOS DEMOGRÁFICOS			
Etnicidad solo identifique: Hispano/Latino: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Raza: <input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano/Diáspora africano <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano/pacífico <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Más de una raza <input type="checkbox"/> Otro			
Es usted veterano? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Vivienda subsidiada <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No - Cuál es su estado de vivienda: <input type="checkbox"/> No, sin hogar <input type="checkbox"/> Viviendo con alguien que no es financieramente responsable <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> En la calle <input type="checkbox"/> Transicional. Alguien de su familia ha sido trabajador agrícola en los últimos 2 años? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No - marque todo lo que sea aplicable: <input type="checkbox"/> Trabajador migrante (se trasladó de esta área a otro país o estado para trabajos agrícolas) <input type="checkbox"/> Trabajador de temporada (vivía en esta área y ganaba más de la mitad de sus ingresos que en la temporada de agricultura)			
INFORMACIÓN DEL SEGURO			
<input type="checkbox"/> Certifico que yo/mi hijo tengo/tiene seguro y que mi Seguro o el Medicaid, Medicare, proveedor de CHIP se enumera a continuación: Certifico y autorizo que se realice el pago a los proveedores nombrados por cualquier servicio recibido. (EI ESPACIO DEBE ESTAR MARCADO SI TIENE SEGURO)			
Proveedor de seguros:	Nombre del titular de la póliza:	Fecha de nacimiento	# del Seguro privado:
Plan de atención del Medicaid? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Numero del Medicaid Teléfono del proveedor de seguro: (Proporcione una copia de la tarjeta)			

Certifico que yo _____ no puedo pagar el 100% de los servicios dentales y/o médicos proporcionados por MCR Health porque actualmente estoy desempleado / subempleado. Sin embargo, actualmente estoy recibiendo ayuda de unos de los siguientes programas de asistencia pública y/o federal: Asistencia temporal para familias necesitadas Ingreso de seguridad suplementario (SSI) Cupones para alimentos / SNAP, Almuerzo gratis o reducido Asistencia pública general del estado Otro (especifique) _____

Su porción de pago es de \$45 por visita móvil. MCR Health se reserve el derecho de solicitar documentación financiera para determinar elegibilidad.

AUTORIZACION DE INFORMACION MEDICA
<input type="checkbox"/> Por la presente autorizo a: MCR a divulgar a _____ (nombre de la Escuela) con el propósito de programas de Monitoreo y / o Auditoría. <input type="checkbox"/> Excepto por lo siguiente, que expresamente no se puede divulgar (si no hay ninguno, escriba NINGUNO) _____ <input type="checkbox"/> Certifico que soy beneficiario de Medicaid, Medicare, CHIP y solicito que el pago y los pagos autorizados se realicen en mi nombre. <input type="checkbox"/> Autorizo a MCR a poner a disposición de la División de Servicios Familiares de FL. cualquier información solicitada sobre el seguro médico y los registros financieros relacionados con mi atención dental o la de mi hijo. <input type="checkbox"/> Yo certifico que todos los seguros se asignarán a MCR Health por los servicios prestados. Autorizo a MCR Health a proporcionar exámenes para mi hijo. <input type="checkbox"/> Entiendo que estos servicios no sustituyen los exámenes dentales integrales a los que debería someterme con regularidad. <input type="checkbox"/> Al firmar a continuación, certifico que he leído y comprendido el contenido de esta autorización incluyendo los términos de este acuerdo. Además, certifico que tengo la autoridad legal para dar mi autorización por el niño mencionado anteriormente y he leído una copia del Aviso de prácticas de privacidad de MCR Health. Esta autorización es válida por 6 meses.

OTRO LADO DE LA PAGINA →

HISTORIAL MEDICO DEL PACIENTE

Su hijo tiene alguna inquietud médica? Si No Por favor explique:
(Problema respiratorios, problemas cardíacos, etc.)

Su hijo está tomando algún medicamento? Si No Nombre (s) del medicamento:

Alergia al látex o medicamentos? Si No Por favor explique:

Su hijo tiene un dentista familiar? Si No

Su hijo tiene un médico de cabecera? Si No

La información anterior es verdadera según mi entender. Si alguna vez tengo algún cambio en mi salud, le informaré a mi médico.

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre impreso: _____