



Padres: Por Favor regrese las formas a Centre Volunteers in Medicine antes del 17 de abril, 2020 para que su hijo/a pueda recibir cita.

Nosotros le llamaremos para hacer cita en cuanto completemos el horario del día.

ASEGURE DE AGREGAR UN COPIA DE SU DECLARACIÓN DE INGRESOS MÁS RECIÉN O POR LO MENOS UN TALÓN DE CHEQUE DE CADA PERSONA DE LA CASA QUE TENGA INGRESO CON ESTA APLICACIÓN

Manda a:

**Centre Volunteers in Medicine
Atención: Kristi Mattzela -- GKAS
2520 Green Tech Drive, Suite D
State College, PA 16803**

CENTRE VOLUNTEERS IN MEDICINE

GIVE KIDS A SMILE AND VISION FOR THE FUTURE 2020 FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

Padres/Guardianes,

Nos invitamos acompañarnos a el evento de *Give Kids A Smile and Vision for the Future* que se tomara acabo el **24 de abril**. Los servicios serán provistos a niños/as del condado de Centre que no tengan seguro dental o seguro de visión. Durante el evento, **TODO** niño/a recibirá **TODOS** los siguientes servicios:

- ✓ Examen Dental
- ✓ Radiografía
- ✓ Limpieza
- ✓ Selladores Dentales
- ✓ Instrucción en como cepillarse y usar el hilo dental
- ✓ Evaluación ortodóntica comprehensiva
- ✓ Tratamiento de Fluoruro
- ✓ Restauración de caries
- ✓ Extracciones de dientes no restaurables
- ✓ Examen de visión (lentes si son requeridos)
- ✓ Voucher for a free hearing screening

Por favor firme abajo para reconocer que usted da permiso a su hijo/a de recibir **TODOS** los servicios gratuitos mencionados arriba. Esto reconoce que usted recibió una copia del formulario de consentimiento. **Nosotros le contactaremos con la fecha y hora de su cita en cuanto se aproxima la fecha del evento.**

Si prefiere que su hijo/a NO reciba TODOS los servicios o si su hijo/a tiene problemas dentales urgentes o requiere de servicios inmediatos, este evento no es para usted. Por favor llame a Centre Volunteers in Medicine a (814) 231-4043 para aprender como adquirir servicios dentales personalizados.

*****ES SU RESPONSABILIDAD COMO PADRES/GUARDIÁN DE PROVEER CUALQUIER PREMEDICACIÓN QUE SU HIJO/A REQUIERE ANTES DE CUALQUIER PROCEDIMIENTO DENTAL. LE PEDIREMOS QUE PROVEE EL NOMBRE DEL MEDICAMENTO Y LA FECHA Y HORA QUE FUE ADMINISTRADO CUANDO VENGA PARA SU CITA EL DÍA DEL EVENTO. (Si usted no sabe si su hijo/a requiere de premedicación, por favor pregúntele a su médico/pediatra.)**

Por favor regrese todas las formas LO MÁS PRONTO POSIBLE y ANTES del 17 de abril.

Centre Volunteers in Medicine
Atención: Kristi Mattzela -- GKAS
2520 Green Tech Drive, Suite D
State College, PA 16803

Información de contacto para la cita:

NOMBRE DE PADRES /GUARDIAN	TELÉFONO#	CORREO ELECTRÓNICO

Idioma Nativa: _____ ¿Necesita interprete? Yes No

Firma de Padres/Guardian: _____ Fecha: _____

Centre Volunteers in Medicine

2520 Green Tech Drive, Suite D
 State College, PA 16803
 Phone: 814 231-4043
 FAX: 814 231-5274

Formulario de Registración Dental**Información del paciente**

Nombre: _____ Apodo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: ____ Sexo: M F

Dirección: _____ Numero de seguro social: _____

Ciudad: _____ Seguro Médico: Sí No

Estado: _____ Código Postal: _____ Si marco sí, que tipo: _____

Número de teléfono: () _____ Seguro Dental: Sí No
 Si marco sí, que tipo: _____

Si tiene menos de 18 años, Nombre de padres/guardián: _____ teléfono (si diferente de los que puso arriba):
 () _____

Historial Dental del Paciente

Fecha de última cita dental: _____ Cual fue el servicio? _____

Dentista visto: _____ Fecha de ultima limpieza: _____ Fecha de ultima radiografía: _____

¿Alguna cita dental desagradable? Sí No ¿Alguna mala costumbre (chuparse el dedo, morderse las ungas, uso de chupete, etc.)? Sí No

Si marco sí arriba, por favor explique: _____

¿Se cepilla a diario? Sí No Usa hilo dental a diario? Sí No Tiene agua fluorada? Sí No Toma agua de pozo? Sí No

Por favor marque (x) si ha tenido alguno de los problemas siguientes:

<input type="checkbox"/> Mal aliento	<input type="checkbox"/> Rechina los dientes	<input type="checkbox"/> Sensibilidad a lo caliente
<input type="checkbox"/> Sangrado de las encías	<input type="checkbox"/> Dientes sueltos o rellenos quebrados	<input type="checkbox"/> Sensibilidad a lo dulce
<input type="checkbox"/> Ruido o Salto de la mandíbula	<input type="checkbox"/> Tratamiento periodontal	<input type="checkbox"/> Sensibilidad a morder
<input type="checkbox"/> Comida se traba entremedio de los dientes	<input type="checkbox"/> Sensibilidad a lo frio	<input type="checkbox"/> Llagas o crecimientos en la boca

¿Cuál es su preocupación dental principal? _____

Historial Medico del Paciente

Fecha de última cita médica: _____ Embarazada? Sí No No aplicable

Nombre de su médico: _____ Tiene niños/as de menos de 1 año? Sí No

¿Por cuál razón o servicio? _____ Fuma? Sí No

¿Mastica tabaco? Sí No

Marque (x) si tiene/ha tenido alguna de las siguientes condiciones:

<input type="checkbox"/> Soplo del corazón	<input type="checkbox"/> Hemofilia	<input type="checkbox"/> Alergia al látex	<input type="checkbox"/> Alguna cirugía
<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Defecto cardiaco congénito	<input type="checkbox"/> Alguna estadía en el hospital
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Prolapso de la válvula mitral	<input type="checkbox"/> Problemas del riñón/hígado
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Presión Alta	<input type="checkbox"/> Convulsiones/Epilepsia	<input type="checkbox"/> Discapacidades
<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Presión Baja	<input type="checkbox"/> Sangramiento anormal	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> VIH Positivo	<input type="checkbox"/> Adicción a drogas o alcohol	<input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva	

Por favor explique cualquier condición: _____

Por favor lista todos los medicamentos que usa: _____

Por favor lista todas las alergias o cualquier (comida, droga, o material) que le ha causado una reacción negativa: _____

Entiendo que la información que he dado es correcta a mi saber y entender, que será mantenido con la confianza mas estricta, y que es responsabilidad mía de informarle a la oficina de cualquier cambio en el estatus de mi hijo. También autorizo al equipo dental de realizar los servicios necesarios que yo o mi hijo/a necesitaremos.

Firma de paciente/padres o guardián: _____

Fecha: _____

Formulario de Registración: Visión

Nombre del niño/a: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Nombre de padres: _____

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: _____ **Correo Electrónico:** _____

HISTORIAL DEL OJO:

1. Su hijo ha tenido un examen de ojos previo? **SÍ** **NO**
 ¿Si marco sí, hace cuánto? _____
 ¿Si marco sí, por quién? _____

2. Alguna vez ha notado alguno de lo siguiente en los ojos de su hijo?

El ojo se vira (para adentro o afuera)	SÍ	NO
Los Ojos llorosos	SÍ	NO
Los Ojos Rojos	SÍ	NO
Hinchazón alrededor de los ojos	SÍ	NO
Apariencia blanca en las pupilas	SÍ	NO
Rasca sus ojos frecuentemente	SÍ	NO
Se queja o demuestra dificultad a ver	SÍ	NO

3. Explique algunas otras señas o síntomas que nota y piense que son anormales

Historial de salud y desarrollo

Nació a término completo	SÍ	NO
Fue usado oxígeno	SÍ	NO

Médico del niño/a: _____

Lista TODOS los medicamentos que toma a diario: _____

Lista cualquier lesión/accidente del ojo o cabeza y la edad cuando ocurrieron: _____

Lista cualquier miembro de la familia con historial medico o problemas del ojo (Incluye el problema/condición)

Nombre del paciente:

Miembros del hogar:

Número de miembros del hogar (Número de personas en su declaración de ingresos): _____

Número de adultos: _____

Número de niños: _____

Ingresos del hogar:

Nombre del miembro del hogar	Tipo de ingreso	Cantidad mensual de ingreso
	Total	\$

Firma

Firma de padres:

Fecha:



CVIM Formulario de Consentimiento Publicitario

Yo le concedo a Centre Volunteers in Medicine (CVIM), un proveedor de salud sin ánimo de lucro, permiso a usar mi apariencia o la de mi hijo/a en fotografía para publicaciones, promociones, el sitio web, notas de prensa y cobertura en medios de comunicación, y algún otro propósito de parte de Give Kids a Smile Day.

Mi firma libera CVIM de cualquier responsabilidad legal causado por empañamiento, distorsión, alteración, ilusión óptica, o uso en forma compuesta, sea intencional o de otra manera, que pueda ocurrir o ser producida en tomar dichas fotos, o en el proceso del en cuanto.

Entiendo que yo o mi hijo/a (menos de 18 años) no serán recompensados por el uso de la apariencia en cualquier forma.

Descripción del proyecto: Programa de Give Kids a Smile Day and Vision for the Future

Fecha: _____

Nombre del niño/a: _____

Nombre de padres/guardián: _____

Firma de padres/guardián: _____

Muchas gracias por su participacion y apoyo de CVIM.