



Querido Padres,

Queremos saber acerca de su hijo para poder cuidarlo de manera segura. Por favor complete este formulario lo mejor que pueda. Uno de los dentistas del Equipo GKAS lo revisará antes de tratar a su hijo.

POR FAVOR ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE la información a continuación

La información de su hijo(a):

Nombre Fecha de Nacimiento
 Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Masculino Femenino

Etnicidad (por favor marque uno)

Blanco Asiático Negro Hispano Nativo Americano Otro

La información del tutor legalmente responsable: (Selecciona Uno)

Padre Madre Padre o Madre Adoptiva Abuelo(a)

Otro Relación

Nombre Fecha de Nacimiento
 Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Masculino Femenino

Teléfono de trabajo Teléfono móvil
Código de área y número Código de área y número

Teléfono residencial Código de área y número

Dirección residencial Calle Ciudad Código postal

****Por favor, compruebe el número de teléfono donde te pueden contactar inmediatamente en caso de emergencia.****

Por favor, verifique la cobertura de seguro que se aplica a este paciente:

- Seguro de agencia pública
- Seguro privado
- Sin Seguro



Autorización/Consentimiento para fotografía, Entrevista y/o divulgación de información en video

Yo, _____, doy voluntariamente mi permiso para que la información recopilada en entrevistas, fotografías, películas o videos míos sea utilizada por medios de comunicación, la facultad del Colegio de dentistas o sus representantes para comunicaciones de eventos, programas, servicios, y procedimientos en la Universidad de Ohio State y/o notas de prensa, publicaciones y sitios web del colegio de dentistas. Entiendo una vez los materiales se proporcionan a los medios de comunicación o se imprimen o se publican, el Colegio de Dentistas de la Universidad de Ohio State no conserva ningún control adicional sobre su uso.

Yo, _____, doy voluntariamente mi permiso para que la información dental sobre mi condición o tratamiento dental se publique en las noticias, Los medios de comunicación, La facultad del colegio o sus representantes para su uso. Entiendo una vez los materiales se emiten a los medios de comunicación o se imprimen y publican, el Colegio de Dentistas no retiene más control sobre su uso.

Entiendo que es posible que esta información ya no esté protegida por reglas federales de privacidad como la Regla de Privacidad HIPAA u otras protecciones de confidencialidad. Me han ofrecido la oportunidad de hacer preguntas o que me lean este formulario. Entiendo que puedo revocar esta autorización, por escrito, en cualquier momento con el departamento de Mercadeo y Comunicaciones a la dirección en la parte inferior de la página. Cualquier revocación no se aplicará a la información que ya haya sido liberado o utilizado. También entiendo que el Colegio de Dentistas de la Universidad de Ohio State no me exige aceptar el uso o divulgación de información o imágenes descritas arriba y que no estoy obligado a firmar este formulario como condición de tratamiento.

Firma del participante

La fecha

Por favor, marque uno:

Personal

Paciente o tutor

El médico

Otro

Dirección residencial:

Teléfono: