

Escuela: _____

Nombre del maestro: _____

Grado: _____

Formulario de consentimiento de los padres para el Programa de Selladores Dentales en la escuela

¿TIENE PREGUNTAS? Llame al coordinador dental de Community Health Care (CHC): (253) 210-5294 o (253) 722-1551

Community Health Care (CHC) es un proveedor de cuidado dental sin fines de lucro, elegido por el Tacoma-Pierce County Health Department para ofrecer servicios dentales convenientes y preventivos en la escuela. Con su permiso, un dentista licenciado examinará a su hijo, le proporcionará información sobre higiene bucal, instrucciones para cepillarse los dientes, y le aplicará selladores y barniz de flúor. Le notificaremos nuestros resultados y le ayudaremos a derivar a su hijo a un dentista si es necesario. Si la programación lo permite, volveremos antes de que acabe el año escolar para asegurarnos de que los selladores permanezcan intactos y para realizar otro barniz de flúor, según corresponda. Este servicio no entrará en conflicto con el chequeo periódico de 6 meses que su hijo recibe con su dentista de cabecera.

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____
Nombre/Inicial del segundo nombre/Apellido (si usa dos apellidos, incluya ambos)

Nombre del padre/de la madre/del tutor _____ Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____
Nombre/Inicial del segundo nombre/Apellido (si usa dos apellidos, incluya ambos)

Dirección _____ Ciudad/estado/código postal _____ Teléfono/Celular _____

¿Cuál es el sexo de su hijo? Masculino Femenino

¿Cuál es el origen étnico de su hijo? Hispano No Hispano

¿Cuál es la raza de su hijo? Asiático/Isleño del Pacífico Negro/Afroamericano Caucásico Nativo Americano Multirracial
 Otro Prefiero no decir

Historial medico Marque cualquier afección que su hijo tenga actualmente o haya tenido en el pasado:

Actualmente no existe ningún problema de salud Asma Alergia al látex Otras alergias _____

Epilepsia/Convulsiones Diabetes Problemas cardíacos ¿Algún otro problema de salud? _____

Nombre del dentista del niño (si aplica) _____ Fecha de la última visita _____ / _____ / _____

Marque una de las opciones y complete la información: CHC facturará al seguro, pero no a usted.

Washington Apple Health/Medicaid: Proporcione el número de 9 dígitos de la tarjeta Provider One/Washington State Services del niño.
N.º de identificación _____ WA

Seguro privado: Nombre del seguro: _____
Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
N.º de identificación del suscriptor: _____ N.º de grupo o póliza: _____
Dirección del seguro: _____ Teléfono del Seguro: _____

Ninguno: Actualmente, mi hijo no tiene ningún seguro dental. Deseo que permitan que mi hijo reciba los servicios que ofrece su programa. También, me gustaría recibir más información sobre Washington State Apple Health/Medicaid. Ningún niño será rechazado por no poder pagar.

MI HIJO TIENE PERMISO PARA RECIBIR UNA EVALUACIÓN DE SALUD ORAL, UN BARNIZ DE FLÚOR O SELLADORES DENTALES DURANTE ESTE AÑO ESCOLAR. "Autorizo al Distrito Escolar de Bethel a que entregue a mi hijo al personal de Community Health Care durante los días escolares especificados más arriba para la realización de cualquiera de los servicios dentales que se detallan aquí. Además, autorizo al distrito escolar de mi hijo a proporcionar este formulario de consentimiento al Tacoma-Pierce County Health Department y Community Health Care".

→ **Firma del padre/de la madre/del tutor (obligatorio)** _____ Fecha _____ / _____ / _____

Community Health Care se adhiere a todas las normas de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) de 1996. Estamos comprometidos a proteger la privacidad de la información de salud de su hijo. La HIPAA requiere que todos los expedientes médicos se mantengan confidenciales. Al firmar arriba, nos da su permiso para comunicarnos con el personal de salud del distrito escolar de su hijo con respecto a las necesidades dentales y la información de atención médica del niño

SÓLO PARA USO DE OFICINA
Firma del dentista _____

Fecha _____ / _____ / _____