

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 médico 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 mi hijo 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 a 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 _____ / _____ / _____

Solicitud Para la Escala da Pagos Con Descuento

Con el fin de satisfacer los requisitos de nuestra Subvención Federal, debemos obtener información de ingresos de todos los pacientes. Para calificar en la escala de pagos con descuento (para pacientes sin seguro y para quienes su seguro no cubre todos los servicios), usted deberá proporcionar la siguiente información.

¿Cuántas personas dependen de este ingreso? _____

Use el número de personas en su familia que viven en el mismo hogar y comparten el mismo ingreso, alimentos y/o renta. Ese número lo incluye a usted, a su cónyuge, y/o cualquier dependiente. Por favor anote las personas que usted ha incluido:

NOMBRE	RELACION CON USTED	NOMBRE	RELACION CON USTED
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Cuánto de su ingreso bruto MENSUAL viene de:

Empleo	_____	Incapacidad	_____
Desempleo	_____	Fondos de Jubilación	_____
Seguro Social	_____	Beneficios para Veteranos	_____
Manutención Conyugal	_____	Asistencia Pública	_____
Becas/Concesiones	_____	Subsidio de Vivienda	_____
Asignación Familiar Militar	_____	Otro	_____

INGRESO MENSUAL TOTAL \$ _____

Entiendo que la información proporcionada es verdadera y correcta. Doy permiso a Community Health Care para que verifique la información sobre mi estatus financiero.

_____ Nombre del Paciente o Padre/Tutor	_____ Firma del Paciente o Padre/Tutor	_____ Fecha
_____ Fecha de Nacimiento del Paciente	_____ Firma del Miembro del Personal	_____ Fecha

☐ Me niego a revelar mis ingresos en este momento. Entiendo que al hacerlo, no califico para ningún descuento, incluso si mi seguro se niega a pagar.

_____ Nombre del Paciente o Padre/Tutor	_____ Firma del Paciente o Padre/Tutor	_____ Fecha
_____ Fecha de Nacimiento del Paciente	_____ Firma del Miembro del Personal	_____ Fecha

SÓLO PARA USO DE OFICINA:

Annual Income \$ _____ # in Household _____ Sliding Scale Level _____ Initials _____