

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

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

Nombre del padre/de la madre/del tutor \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido Fecha de nacimiento del padre/madre/tutor Teléfono/Celular

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad/estado/código postal

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

¿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? \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_