

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 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

For Office Use Only:

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