



Programa Dental De Escuela

Año escolar 2017-18

Nombre completo del niño/a:		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Edad:	Fecha de nacimiento:
Domicilio:			Ciudad:	Código postal:
Mejor # para contactar:			Tamaño de familia:	
Raza (Marque una): <input type="checkbox"/> No es Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino		Raza (Marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> American Indian/Alaskan Native <input type="checkbox"/> Pacific Islander		
Escuela:	Nombre de maestra:	Grado:		
Medico del niño/a:	Dentista del niño/a:			

SI. Deseo que mi hijo/a reciba examen dental **GRATIS**, selladores dentales y tratamiento del barniz de fluoruro.

NO. Deseo que mi hijo/a reciba examen dental **GRATIS**, selladores dentales y tratamiento del barniz de fluoruro.

Por favor responde a las siguientes preguntas:

- Su hijo/a esta bajo cuidado médico actualmente? Sí No
- Su hijo/a esta actualmente tomando algún medicamento? Sí No
- Su hijo/a tiene o ha tenido algún reacción alérgica a tintes, comidas o medicamentos? Sí No
Por favor explique la razón de alguna respuesta **SI**:

- Tiene un dentista regular de familia? Sí No
- Si su respuesta es sí, su hijo/a visita ese dentista al menos una vez al año? Sí No
- Su hijo/a califica para la programa de comida gratis o a precio reducido en la escuela? Sí No
- La visita más reciente de mi hijo/a fue hace: 6 Meses 12 Meses 3 Años 5 Años nunca ha visto dentista.
- Como paga por el cuidado dental de su hijo/a? Propio T19/Medical Seguro dental privado hawk-i otro
- Escriba alguna preocupación que tiene sobre la salud bucal/dental de su hijo/a

10. Yo doy mi consentimiento a la agencia a utilizar correo electrónico y mensajes de texto para enviarme agenda y información sobre el servicio de salud de niños. Sí No

- Si gusta una copia de la forma Aviso de Practicas de Privacidad, por favor visite nuestro sitio web www.washph.com
- Yo entiendo que este permiso es válido por un año a la fecha de la firma a no ser de un retiro por escrito del padre o guardián.
- Yo entiendo que el servicio recibido no reemplaza un chequeo dental regular en una oficina de dentista.
- Yo entiendo que estos servicios son aportados bajo el programa del Departamento de Salud Pública de Iowa, Salud Maternal, Hijo y adolescente.
- Yo entiendo que información creada y mantenida como parte de este programa es propiedad del Departamento de Salud Pública de Iowa.
- Yo entiendo que información colectada en este programa puede ser compartida con el Departamento de Salud Pública de Iowa, Empresa Medical de Iowa, o un designado para auditoria y mejoría de cualidad o fines legalmente autorizados.

Firma de Padre/Guardian	Imprima nombre de Padre/Guardián	Fecha
Yo voluntariamente autorizo al Departamento de Salud Publico en el Condado de Washington para lanzar, obtener o intercambiar información con su proveedor dental o escolar. Esta forma NO autoriza revelación de material protegido por el federal o estado que aplica con abuso de substancias ilegales, salud mental o información relacionado con CIDA.		
Firma de Padre/Guardian	Fecha	