



# Programa Dental Escolar

Año escolar 2018-19

Nombre completo del niño:		<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 (Maque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico		
Escuela:	Nombre de maestro:	Grado:		
Medico del niño: ¿Su hijo lo ha visto en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Dentista del niño: ¿Su hijo lo ha visto en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

**SI.** Deseo que mi hijo 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 está actualmente tomando algún medicamento?  Sí  No
- ¿Su hijo tiene o ha tenido alguna reacción alérgica a tintes, comidas o medicamentos?  Sí  No  
Por favor explique la razón de alguna respuesta **SI**: \_\_\_\_\_
- ¿Cómo paga usted por la atención medica de su hijo?  Propio  T19/Medical  Seguro médico privado  hawk-i  Otro
- ¿Las vacunas de su hijo están actualizadas?  Sí  No  
Por favor explique la razón de su respuesta **NO**: \_\_\_\_\_
- ¿Su hijo califica para la programa de comida gratis o a precio reducido en la escuela?  Sí  No
- La visita dental más reciente de mi hijo fue hace:  6 Meses  12 Meses  3 Años  5 Años  nunca ha visto dentista.
- ¿Cómo paga por el cuidado dental de su hijo?  Propio  T19/Medical  Seguro dental privado  hawk-i  Otro
- Escriba cualquier preocupación que tenga sobre la boca o los dientes de su hijo \_\_\_\_\_
- Yo doy mi consentimiento al Departamento de Salud Publico del Contado de Washington a utilizar correo electrónico y mensajes de texto para enviarme información sobre el servicio de salud infantil y agenda.  Sí  No  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_

- Si desea una copia del Aviso de prácticas de privacidad, visite a nuestro sitio web [www.washph.com](http://www.washph.com).
- Yo entiendo que este permiso es válido por un año a partir de 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 examen regular del 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.

<b>Firma de Padre/Guardian</b>	<b>Imprima nombre de Padre/Guardián</b>	<b>Fecha</b>
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.		
<b>Firma de Padre/Guardian</b>	<b>Fecha</b>	