



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.
- 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.

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	