



Estimado Padre/ Guardián,

Familia Dental se ha organizado con su escuela o guardería para ofrecer servicios dentales para los niños elegibles. Estos servicios incluyen un examen, limpieza, fluoruro y sellantes.

Nuestros dentistas y asistentes certificados vendrán a la escuela de su hijo con equipos portátiles.

Para que su niño pueda recibir los servicios preventivos debe proporcionar toda la información requerida en la parte de abajo y firmar el área indicada.

FAVOR DE COMPLETAR ESTA FORMA Y REGRESARLA MANANA

Nombre de su hijo: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Dirección: _____ Ciudad/ Código Postal: _____

Número de teléfono: (____) _____ - _____ Número de teléfono alternativo: (____) _____ - _____

Masculino: ____ Femenino: ____

Tipo de Seguro Dental:

Su hijo está inscrito con Medicaid? SI ____ o NO ____ Número de ID: _____

Su hijo está cubierto por un seguro dental privado: SI ____ o NO ____

Nombre del seguro: _____ Número de teléfono del seguro: (____) _____ - _____

Número de grupo: _____ Número de ID: _____ Número de póliza: _____

Nombre del empleador: _____ Número de seguro social: _____ - _____ - _____

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

____ **No tengo seguro médico (\$20 para un examen y limpieza)**

Su hijo ha tenido un historial o condiciones relacionadas con, cualquiera de los siguientes:

___ Alergias al látex ___ Sinusitis crónica ___ Ataques ___ Asma ___ Desmayos

___ Deficiencia auditiva ___ Trastorno de sangrado ___ Cáncer ___ Anemia ___ Condición cardíaca

___ Diabetes ___ Epilepsia ___ Dolor de Quijadas ___ Cualquier otro, por favor especifique: _____

Su niño está tomando cualquier prescripción y/o medicamentos en este momento? SI ____ o NO ____

Si la respuesta es sí, describa: _____

IMPORTANTE: Padre/Guardián firma requerida

Yo soy el padre o tutor legal del menor nombrado anteriormente. Yo autorizo y doy mi consentimiento para que mi hijo reciba el tratamiento dental descrito, y le permito al representante de la escuela y a Familia Dental para acceder el registro dental del niño.

Nombre (Imprenta) del Padre/Guardián: _____

Firma del Padre/Guardián: _____ Fecha: ____/____/____

Al firmar este formulario, usted da el permiso para el tratamiento de su hijo y también comprueba que ha leído el formulario adicional con respecto a HIPPA. Esto también le dará permiso para que IDPH Garantía de Calidad Auditorías a realizar y los proveedores de regresar a su escuela para volver a comprobar los selladores de su hijo.