



NÃO, não estou interessado em que meu filho participe. (Por favor, não continue ou devolva o formulário para a escola. Por favor, recicle este formulário.)

**SIM, dou minha permissão para que meu filho participe do Programa Odontológico Caring for Kids.**

Entendo que meu filho pode receber o seguinte como parte do programa: exame odontológico, limpeza dentária, verniz fluoretado, selantes (conforme necessário).

SIM  NÃO Autorizo que sejam tiradas radiografias conforme necessário.

SIM  NÃO Autorizo que restaurações de diamino fluoreto de prata (SDF) e SMART sejam feitas conforme necessário.

Por favor, imprima.

Nome da Escola: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_ Professor de sala de aula: \_\_\_\_\_

Último nome: \_\_\_\_\_ Primeiro nome: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Nomes dos pais: \_\_\_\_\_

E-mail dos pais: \_\_\_\_\_ Celular dos pais: \_\_\_\_\_

Qual idioma seu filho fala melhor? \_\_\_\_\_ Qual idioma os pais falam melhor? \_\_\_\_\_

Sexo da criança:  Feminina  Feminino  Outros

Qual é a raça do seu filho?  Índio Americano/Nativo do Alasca  Asiático Índio  Outros Asiáticos  Negro/Afro-americano

Chinês  Filipino  Guamês ou Chamorro  Japonês  Coreano  Nativo Havaiano  Somoano

Outros habitantes das ilhas do Pacífico  Vietnamita  Branco  Não declarado

Qual é a etnia do seu filho?  Cubano  Mexicano, Mexicano-Americano/chicano  Porto-riquenho

Outra origem hispânica latina ou espanhola Não é hispânico  Latino ou Espanhol Origem  não declarada/rejeitada

Qual é a situação atual de moradia do seu filho?  Própria/alugar  dobrou  Habitação transtoria  Abrigo

Qual é a situação de moradia do seu filho?  Seção 8  Habitação Pública  Não Habitação Pública

### Preencha todo o histórico de saúde.

Seu filho está a tomar algum medicamento?  NÃO  SIM (liste) \_\_\_\_\_

Seu filho tem alguma alergia?  NÃO  SIM (por favor liste) \_\_\_\_\_

Seu filho precisa de tomar algum antibiótico antes de receber tratamento dentário?  SIM  NÃO (ver abaixo)

Se sim, por favor, diga-nos por que razão está a fazer a pré-medicação e qual antibiótico o seu filho está a tomar: \_\_\_\_\_

Seu filho já teve alguma doença ou condição?  SIM  NÃO (Selecione todas as opções que se apliquem)

TDA/TDAH  Anemia  Asma  Diabetes  Epilepsia/convulsões  Doença cardíaca  Hepatite  HIV/AIDS  Doença renal/hepática

Febre reumática  TB  Outros: \_\_\_\_\_

O seu filho tem seguro dentário?  NÃO  SIM (por favor, preencha abaixo) \_\_\_\_\_

Nome da empresa de seguro odontológico: \_\_\_\_\_

Nome do titular: \_\_\_\_\_ Data de nascimento do titular: \_\_\_\_\_

ID #: \_\_\_\_\_ Número da apólice do grupo # \_\_\_\_\_

Nome do empregador: \_\_\_\_\_

Compreendo que a Caring for Kids pode utilizar as informações do meu filho para tratamento, pagamento e operações de saúde. Recebi uma cópia do Aviso de Práticas de Privacidade. Li e entendi o programa e serviços odontológicos e dou meu consentimento para a participação do meu filho. Autorizo a Caring for Kids a fornecer um resumo por escrito dos serviços prestados ao meu filho e a um funcionário designado da escola dele. Se meu filho continuar a receber serviços de outro provedor, estou ciente disso. Caso eu tenha seguro odontológico, reconheço que esses serviços podem afetar meus direitos e benefícios futuros de seguro e autorizo o faturamento à minha seguradora pelos serviços prestados.

Assina aqui. **X**

Assinatura do Pai ou

Data: \_\_\_\_\_ Interagindo com a criança: \_\_\_\_\_