



[] NO, no estoy interesado en que mi hijo participe. (No continúe ni devuelva el formulario a la escuela. Recicle este formulario).

[] Sí, doy mi permiso para que mi hijo participe en el programa dental Caring for Kids.

Entiendo que mi hijo puede recibir lo siguiente como parte del programa: examen dental, limpieza dental, barniz de flúor, selladores (según sea necesario).

[] Sí [] NO Doy mi permiso para que se tomen radiografías según sea necesario.

[] Sí [] NO Doy mi permiso para que se realicen restauraciones con fluoruro de diamina de plata (SDF) y SMART según sea necesario.

POR FAVOR IMPRIMIR

Escuela: _____ Grado: _____ Maestro de salón principal: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____ ódigo postal: _____

Nombre de los padres: _____

Correo electrónico de los padres: _____ Teléfono celular de los padres: _____

¿Qué idioma habla mejor su hijo? _____ ¿Qué idioma habla mejor el padre? _____

Sexo del niño: [] Mujer [] Hombre [] OTRO

¿Cuál es la raza de su hijo? [] Indio americano/nativo de Alaska [] Indio asiático [] Otro asiático [] Negro/afroamericano [] Chino [] Filipino [] Guameño o Chamorro Japonés Coreano [] Nativo de Hawái [] Somoano [] Otro isleño del Pacífico [] Vietnamita [] Blanco [] No declarado

¿Cuál es el origen étnico de su hijo? [] Cubano [] Mexicano, mexicoamericano/chicano/puertorriqueño [] Otro hispano, latino o de origen español [] No hispano, latino o de origen español [] No declarado/rechazado

¿Cuál es el estado actual de vivienda de su hijo? [] Propio/alquiler [] Vivienda de transición duplicada [] Refugio para personas sin hogar Calle

¿Cuál es el estado de vivienda de su hijo? [] Sección 8 [] Vivienda pública [] No vivienda pública

(Vivir en un lugar público o privado que normalmente no se utiliza para dormir; por ejemplo, un automóvil, un parque, un edificio abandonado, una estación de autobús/tren).

Historial de salud: complete toda la sección.

¿Su hijo está tomando algún medicamento? [] NO [] Sí (por favor enumere) _____

¿Tu hijo tiene alguna alergia? [] NO [] Sí (por favor enumere) _____

¿Su hijo necesita tomar algún antibiótico antes de recibir un tratamiento dental? [] NO [] Sí (ver más abajo)

En caso afirmativo, díganos el motivo de la premedicación y qué antibiótico toma su hijo:

¿Su hijo alguna vez ha tenido una enfermedad o condición? [] NO [] Sí (Marque todo lo que corresponda)

[] ADD/ADHD [] Anemia [] Asma Diabetes [] Epilepsia/Convulsiones [] Enfermedad [] cardíaca [] Hepatitis [] VIH/SIDA

[] Enfermedad renal/hepática [] Fiebre reumática [] TB [] Otro: _____

¿Tiene su hijo seguro dental? [] NO [] Sí (por favor complete a continuación)

Nombre de la compañía de seguro dental: _____

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento del suscriptor: _____

N.º de identificación: _____ .º de póliza de grupo _____

Nombre del empleador: _____

Entiendo que Caring for Kids puede utilizar la información de mi hijo para tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Me han ofrecido una copia del Aviso de prácticas de privacidad. He leído y entiendo el programa y los servicios dentales y doy mi consentimiento para que mi hijo participe en el programa. Autorizo a Caring for Kids a proporcionar un resumen escrito de los servicios brindados a mi hijo y a un funcionario designado por la escuela de mi hijo. Entiendo que mi hijo puede continuar recibiendo servicios de otro proveedor. Si tengo seguro dental, reconozco que estos servicios pueden afectar mis derechos y beneficios de seguro futuros, y autorizo a mi compañía de seguros a que se le facture cualquier servicio prestado.

FIRMA AQUÍ X

Firma del Padre / Tutor

Fecha: _____

Relacion hacía el niño: _____