



Children's Dental Health Services proveen servicios de cuidado dental que incluyen las limpiezas dentales, las instrucciones de higiene oral, el barniz de fluoruro, sellantes, examen y radiografía. Los servicios proveídos están reservados para niños de 21 y menores de 21 años, hogar califica para asistencia basada en ingresos, o para los que están en asistencia médica.

UN FORMULARIO PARA CADA NIÑO, hay formularios adicionales disponibles en nuestro sitio web. www.twentyteeth.org.



No llene este formulario si su hijo tiene seguros dentales privados o un dentista principal



Formulario de Consentimiento del Padre/tutor legal: (Por favor escribir claramente y completar TODO el formulario)

Nombre del niño/a: _____ Segundo Nombre _____ Apellido: _____

Escuela del niño/a: _____ Grado _____ Maestro _____
(si es applicable)

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Masculino Femenino Correo Electronico _____
Mes / Dia / AÑO

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Codigo postal

Teléfono de su casa: _____ Teléfono celular: _____

Raza/Etnicidad: Caucásico Afro americano Hispano Asiático/ Islas del Pacífico Indígena americano Otro

Sí No ¿Sé necesita un intérprete? Liste el idioma: _____

¿Quien necesita Interprete? hijo(a) Padres

Sí No ¿Su hijo/a tiene alguna enfermedad o problemas de salud? ¿Cuáles son? _____

Sí No ¿Su hijo/a toma algún medicamento? ¿Cuáles son? _____

Sí No ¿Su hijo/a tiene alguna alergia? ¿Cuáles son? _____

Sí No ¿El hogar califica para asistencia basada en ingresos (Medical Assistance, SNAP, WIC, etc.)?

Sí No ¿Su hijo/a ha tenido una limpieza dental en los últimos 6 meses?
Si la respuesta es si, ¿donde? _____ ¿y cuando? _____

Sí No ¿Su niño/niña tiene seguro dental?
Si la respuesta es si, indique por favor el tipo de seguro y el ID de Medicaid o numero de PMI: _____
 U-Care BluePlus MA South Country Medcia DENTAL Insurance through work Self

- Reconozco que tengo el derecho a leer Children's Dental Health Services Notice of Privacy Practices por contactar 507-529-0436.
- Entiendo que estos servicios se proveen por un/a higienista dental y que no son sustituidos por un examen anual recomendado por un dentista.
- Entiendo que este formulario de consentimiento y salud está válido por 12 meses efectivo a la fecha de firmar.
- Tengo el derecho a revocar este consentimiento a cualquier hora por darle escrito a Children's Dental Health Services.
- Entiendo que esta información se usará solo como información de la clínica dental limitada a nuestros empleados, dentistas, empleados de la escuela y servicios públicos de salud cuyas responsabilidades del trabajo requieren acceso a esta información.
- Entiendo que por haber firmado este formulario de consentimiento doy mi permiso para usar y proveer mi información de salud protegida para llevar a cabo tratamiento el pago y funciones de cuidado de salud. También doy permiso para niños Servicios de Salud Dental para enviarme recordatorios de citas a través de mensajes de texto.
- Consiento en permitir que se tomen fotos de mi hijo y posiblemente se usen en periódicos, web o para uso promocional de Servicios de Salud Dental de Niños.
- Por favor escriba NO si no da su consentimiento a la parte de la foto del formulario:

Al firmar abajo, yo doy mi consentimiento para que mi hijo participe en el programa dental de Children's Dental Health Services. Que yo sepa, las preguntas de historia medica han sido contestadas correctamente y precisamente.

Nombre del Padre/ Consorte Legal

Firma

Fecha