



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, aquellos que son elegibles para el programa de almuerzo gratuito/reducido, 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 de rellenar este formulario si su hijo ya 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 aplicable)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino Correo Electronico \_\_\_\_\_ Mes / Día / 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 ¿Qué necesita un intérprete? Si es así, el idioma lista: \_\_\_\_\_

¿Quién necesita Interpretar?  hijo(a)  Padres

Sí  No ¿Tiene su hijo cualquier enfermedad o problemas de salud? ¿Cuáles son? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Se toma su hijo algún medicamento? ¿Cuáles son? \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Es su hijo alérgico? ¿Cuáles son? \_\_\_\_\_

Sí  No  Desconosco ¿Es elegible su hijo para el programa del almuerzo gratis o de precio reducido?

Sí  No ¿Ha tenido su hijo una limpieza de dientes 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  Medica  South Country  Community Health Voucher  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: \_\_\_\_\_

De 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