

Programa escolar gratuito de selladores

Hoja de permiso



Ahora se ofrecen revisiones dentales y servicios de selladores gratuitos en la escuela de su hijo/a. Los selladores dentales son revestimientos de plástico que se aplican a las muelas y son una forma rápida y fácil de prevenir las caries. Profesionales de la atención dental realizan la revisión y aplican los selladores.

| | | |
|---|-----------------|-------------------------|
| Nombre del/de la menor: _____ | | |
| (Apellido) | (Primer nombre) | (Nombre de preferencia) |
| Fecha de nacimiento del/de la estudiante (mm/dd/aa): ____ / ____ / ____ Maestro: _____ Grado: _____ | | |

SÍ, deseo que mi hijo/a reciba una revisión dental y selladores dentales.

**Aunque su hijo/a pudo haber recibido selladores el año pasado, marque "sí" para que podamos revisarlos.*

Si eligió "sí", llene la información a continuación y firme.

| Información de contacto | |
|--|--|
| Padre, madre o tutor legal: | |
| Número telefónico para comunicarnos con usted: | Permiso para enviar mensajes de texto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dirección de correo electrónico: | |
| Dirección postal: | |

Proporcione la siguiente información para que podamos atender mejor a su hijo/a:

| | |
|---|-----------------------------------|
| Mi hijo/a toma (indique medicamentos): | Ninguno: <input type="checkbox"/> |
| Mi hijo/a tiene alergia a: | Ninguno: <input type="checkbox"/> |
| Cualquier problema médico actual: | Ninguno: <input type="checkbox"/> |
| Cualquier consideración del comportamiento: | Ninguno: <input type="checkbox"/> |
| Otra información que nos ayude a atender mejor a su hijo/a: | Ninguno: <input type="checkbox"/> |

Complete la siguiente sección. Usted no recibirá una factura.

| | |
|---|--|
| Seguro de salud: <input type="checkbox"/> Núm. de identificación del Plan de Salud de Oregon (OHP, por sus siglas en inglés)/Medicaid _____ <input type="checkbox"/> Compañía de seguro dental privado _____ <input type="checkbox"/> No tiene seguro médico | ¡Estos servicios son GRATUITOS! |
| Al firmar a continuación, usted: Como padre/madre/tutor legal, por medio de la presente autorizo la divulgación y el intercambio de información, incluida cualquier información médica personal relevante, entre el personal de los selladores dentales, el personal de la escuela, las compañías de seguro, el dentista del/de la menor, la Organización de Atención Coordinada correspondiente y/o la Organización de Atención Dental constatada. He recibido una copia de los "Avisos de prácticas de privacidad". Asimismo, entiendo que un estudiante dental, supervisado por un profesional dental con licencia, podría proporcionar el tratamiento. | |
| Firma del padre, madre o tutor legal: _____ Fecha: _____ | |