

Revisión dental/barniz de flúor gratuito

Hoja de permiso del programa



Ahora se ofrecen de revisiones dentales y servicios de barniz de flúor gratuitos en la escuela de su hijo/a. El barniz de flúor es una forma rápida y fácil de proteger a los dientes de la caries. Profesionales de atención dental realizan la revisión y aplican el barniz de flúor hasta cuatro veces al año.

Nombre del/de la menor: _____		
(Apellido)	(Primer nombre)	(Nombre de preferencia)
Fecha de nacimiento del/de la menor (mm/dd/aa): _____ / _____ / _____		
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		

- SÍ**; revisión y barniz de flúor (capa aplicada sobre los dientes).
- SÍ**; solo la revisión. Un vistazo rápido al interior de la boca para revisar la salud general de los dientes.
- NO**, no deseo que mi hijo/a reciba una revisión dental ni barniz de flúor.

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"/>
Otra información que nos ayude a atender mejor a su hijo/a:	Ninguno: <input type="checkbox"/>

Llene 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 relacionada con los servicios proporcionados, entre el personal dental, el personal de Head Start, el distrito escolar de su hijo/a o el ESD, 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 o de enfermería, supervisado por un profesional dental con licencia, podría proporcionar el tratamiento.

Firma del padre, de la madre o del tutor: _____ **Fecha:** _____