

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: _____		
Escuela: _____		

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

*Aunque su hijo/a recibió selladores en el 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" están disponibles en el sitio web de Dental3 http://dental3.net/forms/ . 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: _____	