



Programa dental escolar All Kids
Formulario de consentimiento - Examen dental
Debe devolverse mañana

Por favor, escriba con tinta:

Nombre de la escuela: _____

Profesor: _____ Grado: _____

Condado: _____

Estimado padre o tutor,

East Side Health District y el Departamento de Salud y Servicios Familiares de Illinois han hecho arreglos para servicios dentales para niños elegibles. Estos servicios pueden incluir un examen, limpieza, tratamiento con flúor y sellantes (una capa protectora en las superficies de masticación de los dientes posteriores). Los dentistas, higienistas y asistentes autorizados acudirán a la escuela de su hijo con equipos portátiles. Para que su hijo reciba estos servicios, **debe proporcionar toda la información solicitada a continuación y firmar en el área indicada.**

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Género: **M F**

Dirección: _____ Ciudad/Código postal: _____ Teléfono de casa: () _____

¿Tiene su hijo derecho a comidas gratuitas o a precio reducido?: **Sí No**

Número de miembros de la familia: _____ Ingresos anuales (opcional): _____

¿Su hijo está inscrito en el programa «All Kids»? **Sí No**

En caso afirmativo, incluya el número de identificación de beneficiario de su hijo: _____

¿Su hijo está cubierto por un seguro dental privado?: **Sí No**

Nombre de la compañía de seguros _____

Número de teléfono del Seguro _____ - _____ Número de grupo _____

Nombre de la empresa _____

Nombre del asegurado _____ Fecha de Nacimiento _____

Número de la Seguridad Social de la persona asegurada _____

¿Su hijo ha padecido alguna de las siguientes enfermedades o trastornos?

- Anemia Sinusitis crónica Problemas de crecimiento Convulsiones Asma
 Diabetes Audición Tiroides Trastornos hemorrágicos Dolores de oído
 Corazón Tabaco/drogas Cáncer Epilepsia Alergia al látex
 Desmayo Parálisis cerebral Embarazo (adolescentes) Otros

¿Está tomando su hijo algún medicamento con o sin receta en este momento? **Sí No**

En caso afirmativo, indique: _____

¿Su hijo tiene dificultades para hablar? **Sí No**

¿Su hijo ha sufrido alguna vez lesiones en la boca, la cabeza o los dientes? **Sí No**

¿Qué tipo de agua bebe su hijo? Agua de la ciudad Agua de pozo Agua embotellada Agua filtrada

Importante: Se requiere la firma de los padres o tutores

Soy el padre, la madre o el tutor legal del menor arriba mencionado. Autorizo y doy mi consentimiento para que este niño reciba el tratamiento dental descrito, y permito que la enfermera escolar/representante escolar y el proveedor dental tengan acceso al expediente dental del niño.

Firma: _____ Fecha: _____

Al firmar este formulario, usted da permiso para tratar a su hijo y también verifica que ha leído el formulario adicional con respecto a HIPAA. Esto también dará permiso para IDPH, QA Auditorías que se realizarán y los proveedores para volver a su escuela para volver a revisar los selladores de su hijo.

Dentist's Initials _____

ACUSE DE RECIBO
Recibo del Aviso Conjunto de Prácticas de Privacidad

Por la presente reconozco que he recibido una copia de la «Notificación Conjunta de Prácticas de Privacidad» del Distrito de Salud del Lado Este con fecha del 17 de septiembre de 2024.

Firmado: _____

Fecha: _____

Marque si se aplica alguna de las siguientes condiciones:

- Padre, madre o tutor del menor
 - Sustituto de asistencia sanitaria
 - Poder notarial para la asistencia sanitaria
 - Agente de declaración de preferencia de tratamiento de salud mental
 - Tutor con poder para tomar decisiones sanitarias
-

PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL:

Intenté obtener un Acuse de Recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad en nombre de East Side Health District. El representante de East Side Health District no pudo obtener el Acuse de Recibo porque:

- El cliente se negó a firmar
- Otros (especifique): _____

Iniciales de los miembros del personal: _____

Fecha: _____