



## Formulario de consentimiento del programa dental escolar

Escriba con tinta y devuélvalo mañana al docente de su hijo/a.

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Aula: \_\_\_\_\_

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  
(Primer nombre) (Apellido) (Fecha de nacimiento)

Dirección del niño/a: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Código postal)

Número de teléfono principal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de teléfono alternativo: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Información general:

1. ¿Qué idioma habla mejor su hijo/a? \_\_\_\_\_ ¿En qué idioma hablan los padres en el hogar? \_\_\_\_\_

### Información de salud:

1. ¿Su hijo/a visita al dentista para recibir controles regulares?  SÍ  NO

**En caso afirmativo**, indique el nombre del dentista \_\_\_\_\_ Fecha y motivo de la visita: \_\_\_\_\_

**\* Si su hijo/a tiene un dentista, NO participe en el programa dental integral. No obstante, puede inscribirse en el programa solo de fluoruro.**

2. ¿Toma su hijo/a algún medicamento?  SÍ  NO

**En caso afirmativo**, mencione los medicamentos: \_\_\_\_\_

3 Marque todas las enfermedades que su hijo/a haya tenido ALGUNA VEZ:

- ADD/ADHD       Diabetes       Hepatitis       Herpes o herpes labial       Trastornos del sistema inmunológico
- Trastornos sanguíneos       Epilepsia       Enfermedades cardíacas       Convulsiones       Enfermedad renal o hepática
- Cáncer       Asma       Tuberculosis       VIH/sida       Discapacidad del desarrollo
- Otra: \_\_\_\_\_

4. ¿Tiene su hijo/a alguna otra enfermedad o discapacidad?  SÍ  NO

**En caso afirmativo**, menciónelas: \_\_\_\_\_

5. ¿Tiene su hijo/a alguna alergia? Por favor marque todo lo que corresponda:  SÍ  NO

Penicilina  Antibióticos  Alimentos  Látex  Resinas  Piñones  Otra: \_\_\_\_\_

**\*\* Por favor, notifique a la escuela si ocurre algún cambio en la historia clínica o en la medicación de su hijo/a durante el año escolar.**

6. ¿Tiene su hijo/a seguro dental?  SÍ  NO

Si su hijo/a tiene seguro dental, marque cuál es y complete la información que aparece más abajo:

Mass Health/Medicaid  Blue Cross/Shield  Delta Dental  Children's Medical (CMSP)  Otro \_\_\_\_\_

#### Número de MassHealth

\_\_\_\_\_

#### Delta Dental, CMSP u otro seguro dental

Compañía de seguros \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_  
 Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_  
 Número de identificación del suscriptor \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento del suscriptor \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Número de seguro social del suscriptor \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Número de grupo o póliza \_\_\_\_\_  
 Nombre del empleador \_\_\_\_\_  
 Dirección del empleador \_\_\_\_\_

**SÍ, programa dental integral completo. Doy mi consentimiento para que mi hijo/a reciba un examen dental, limpieza, tratamiento con fluoruro y selladores por rayos X, restauraciones (empastes) y novocaína, según sea necesario. Doy mi autorización.**

**NO, NO** doy mi autorización para que mi hijo/a participe en los programas dentales de la escuela.

He recibido una copia de la notificación de privacidad de HIPAA y entiendo que está disponible en la enfermería de la escuela o en línea en el siguiente enlace: <http://www.cmoHS.net/patients.html>. Entiendo que Commonwealth Mobile Oral Health Services (CMOHS) y los proveedores dentales de CMOHS pueden usar mi información de salud y la información de salud de mi hijo/a para el tratamiento, pago, evaluación del programa y operaciones del cuidado de la salud. Entiendo que los registros dentales de mi hijo/a son confidenciales para CMOHS. Entiendo que CMOHS puede derivar a mi hijo/a a un especialista y hablar con mi compañía de seguro dental. Si tengo seguro dental, autorizo a que se facturen todos los servicios recibidos a mi compañía de seguros. Entiendo que es mi responsabilidad notificar al dentista sobre cualquier cambio de salud. Para el programa integral completo, autorizo al proveedor dental de CMOHS a brindar todos los tratamientos, medicamentos y terapias que se indiquen. También entiendo que el uso de agentes anestésicos conlleva cierto riesgo. He leído y entendido el programa dental y doy mi consentimiento para que mi hijo/a participe en dicho programa.

**Firma de padre, madre o tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Nombre en imprenta: \_\_\_\_\_ Relación con el menor: \_\_\_\_\_