

Hoja de permiso para servicios dentales gratuitos

En la escuela de su hijo se ofrecen revisiones dentales y servicios de aplicación de selladores y barniz de flúor gratuitos. Estos servicios, que ayudarán a prevenir las caries, son llevados a cabo por profesionales de la atención dental.

Nombre del niño: _____		
(Apellido)	(Nombre)	(Nombre preferido)
Fecha de nacimiento del niño (mm/dd/aa): ____ / ____ / ____ Maestro: _____ Grado: _____		
Escuela: _____		

Marque UNA CASILLA a continuación si desea registrarse en este servicio gratuito:

- Sí, para revisiones, aplicación de selladores y barniz de fluoruro
- Sí, para revisiones y aplicación de selladores
- Sí, para revisiones y aplicación de barniz de fluoruro
- Sí, únicamente para revisiones

* NOTA: Si marca "Sí" en más de una casilla, se brindarán todos los servicios que autorice.

NO, no brindar ningún servicio dental para mi hijo/a

Información de contacto	
Padre/Madre/Tutor:	Idioma preferido:
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 poder atender mejor a su hijo/a:

Mi hijo/a toma (indique sus medicamentos):	Ninguno: <input type="checkbox"/>
Mi hijo/a es alérgico a:	Nada: <input type="checkbox"/>
Problema de salud actual:	Ninguno: <input type="checkbox"/>
Problema de conducta:	Ninguna: <input type="checkbox"/>
Otra información que nos ayude a atender mejor a su hijo/a:	Ninguna: <input type="checkbox"/>

Llene la siguiente sección. Usted no recibirá ninguna factura.

<p>Seguro de salud:</p> <p><input type="checkbox"/> Plan de Salud de Oregon (OHP, Oregon Health Plan)/ Num. Medicaid _____</p> <p><input type="checkbox"/> Compañía de seguro dental privado _____</p> <p><input type="checkbox"/> No tiene seguro médico</p>	<p>¡Estos servicios son GRATUITOS!</p>
---	---

En mi carácter de padre/madre/tutor legal, doy mi autorización por un período de 24 meses para divulgar e intercambiar información, incluida cualquier información médica personal, entre el personal de atención dental, el personal de la escuela, las compañías de seguro, el dentista del menor, la Organización de Atención Coordinada correspondiente y/o la Organización de Atención Dental registrada. Recibí una copia de los "Avisos sobre prácticas de privacidad". Las prácticas de privacidad pueden consultarse en el sitio web de All Smiles Community Oral Health AllSmilesCOH.org/forms. Entiendo que un estudiante dental bajo la estricta supervisión de un profesional autorizado puede realizar el tratamiento.

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

