



Formulario de Permiso de Servicios Dentales

¡Participa! Servicios Dentales Incorporado



Con un formulario firmado de consentimiento de los padres, Medicaid y seguros privados serán remitidos por la cuenta. Si ninguno está disponible, el niño o niña puede ser elegible para recibir servicios gratuitos (determinado por la disponibilidad de fondos de ayuda).

Nombre de niño/niña: _____ Fecha de nacimiento: _____ El/La Dentista: _____

Última limpieza dental: _____ Nombre de la escuela: _____ El Professor: _____

Consentimiento para servicios dentales:

¿Quiere que su hijo/hija tenga un examen dental?.....Sí _____ No _____

¿Quiere que le limpien los dientes a su hijo/hija?.....Sí _____ No _____

¿Podemos aplicar selladores en los dientes de su hijo/hija para ayudar a prevenir la descomposición?.....Sí _____ No _____

¿Podemos aplicar tratamiento con flúor después de la limpieza para ayudar a prevenir las caries?.....Sí _____ No _____

Después de la cita, ¿desea información sobre la salud dental de su hijo o hija?...Sí _____ No _____

Firma de los padres _____ Fecha _____

Imprima el nombre _____

Número de teléfono _____

_____ Mi hijo/hija tiene cobertura **Medicaid** (seguro de salud del gobierno)

Número de Medicaid: _____

_____ **Seguro privado**

Nombre de la compañía de seguros: _____

Grupo o Póliza: _____

_____ Mi hijo/hija no tiene seguro privado ni seguro de Medicaid.

Por favor, dé la vuelta y completar otro lado

Historial Médico

_____ Mi hijo y mi hija están saludables y no tienen afecciones médicas actuales

Mi hijo/hija tiene:

_____ Diabetes

_____ Alergia a la comida

_____ Cáncer

_____ Ataques/Convulsiones

_____ Problemas de estómago

_____ Hepatitis

_____ Enfermedad del corazón

_____ Retrasado en el desarrollo

_____ Desorden congénito

_____ Autismo

_____ Retrasos sensoriales

_____ Parálisis cerebral

_____ (ADHD) Desorden hiperactivo y pérdida de atención _____ Asma _____ Dolor de muelas

_____ Mi hijo/hija está actualmente bajo el cuidado de un médico debido a una condición específica.

Por favor explique: _____

Médico _____

Domicilio _____

Número de teléfono _____

Consentimiento: He leído o me lo leyeron, y entiendo la información en este formulario. Todas mis preguntas fueron respondidas a mi satisfacción. Por la presente doy mi consentimiento libre e informado por los profesionales dentales de Participa Servicios Dentales Incorporado para realizar servicios dentales para mi hijo/hija.

ENTIENDO QUE ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO ESTÁ CORRIENTE DURANTE DOS AÑOS.

Participa Servicios Dentales Incorporado es una compañía sin fines de lucro que emplea profesionales con licencia. Estamos comprometidos a mantener la confidencialidad de la información personal y de salud de su hijo/hija. Por favor vea nuestra confidencialidad de la información personal y de salud de su hijo. Por favor vea nuestra política de confidencialidad en línea en www.participadentalservices.com. No somos parte del sistema escolar de su hijo/hija. El sistema escolar no es responsable por los servicios proveídos por Participa Servicios Dentales Incorporado.

¿PREGUNTAS?

¡PARTICIPA! SERVICIOS DENTALES INCORPORADO!
Participadental01@outlook.com