

Devuelva a la escuela hasta el:

Consentimiento revisado por:

**MA`NANA**

**GRATIS**

### Sellantes Dentales Gratis

#### Hospital Miami Valley / Financiamiento proporcionado por el Departamento de Salud de Ohio

Estimados Padres:

Un programa dental **gratis** estará disponible en la escuela de su niño/a. El programa es primordialmente para **segundo y sexto grado**.

Los Sellantes de fosas y fisuras ayudan a parar las caries dentales. Un dentista o una higienista examinarán los dientes de su niño/a y decidirá cuales son los dientes posteriores que necesitan ser tratados. La higienista pondrá entonces los sellantes en los dientes de su niño/a y los sellará para que la comida y bacterias no causen caries. Los sellantes dentales de su niño/a serán chequeados el **próximo año**. Nuevos sellantes serán aplicados si es necesario. Por favor llene este formulario hoy. Su niño/a debe retornar este formulario a la maestra.

**Necesitamos que responda SI o NO.**

\_\_\_\_\_ **SI** Yo quiero que mi niño/a reciba **Sellantes Dentales Gratis**. (Por favor llene el formulario en su totalidad y **FIRME** abajo.)

\_\_\_\_\_ **NO** Yo no quiero que mi niño/a reciba **Sellantes Dentales Gratis**.

**Etnicidad:** ¿Es su niño/a Hispano? (Por favor señale) \_\_\_\_\_ **Si** \_\_\_\_\_ **No**

**Raza:** Por favor señale **todo lo que sea aplicable** para su niño/a.

- |  |  |                                 |
|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Indígena Americano/Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Negro o Americano Africano        | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Asiático                            | <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Islands Pacíficas | <input type="checkbox"/> Otro   |

He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad del Hospital Miami Valley, las cuales establecen la manera en que la información de salud personal de mi niño/a puede ser usada o revelada por el Hospital Miami Valley y describe mis derechos pertinentes a esta información.

\_\_\_\_\_ **SI** \_\_\_\_\_ **NO**

Por favor ponga sus iniciales indicando que ha recibido el Aviso de Práctica de Privacidad \_\_\_\_\_

Mi niño/a recibe **Almuerzos Gratis o de Precio Reducido** \_\_\_\_\_ **SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_ **NO SE**

**Nombre del niño/a** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento del niño/a** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Número de Seguro Social** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono de la casa** \_\_\_\_\_

**Escuela del niño/a** \_\_\_\_\_ **Aula (Homeroom)** \_\_\_\_\_

**Nombre del Dentista/Higienista** \_\_\_\_\_

#### HISTORIAL DE SALUD

**1. ¿Ha tenido su niño/a problemas de salud serios?** \_\_\_\_\_ **SI** \_\_\_\_\_ **NO**

Si respondió **SI** a esta pregunta por favor explique.

**2. ¿Tiene su niño/a alguna de las siguientes alergias?** **Plásticos/Acrílicos** \_\_\_\_\_ **SI** \_\_\_\_\_ **NO**

**Otro** \_\_\_\_\_ **SI** \_\_\_\_\_ **NO** Si respondió **SI** por favor enumere:

**PAGOS NO SON REQUERIDOS PARA ESTE PROGRAMA.**

Care Source y el Departamento de Servicio de Familia y Trabajos de Ohio pueden pagar por el cuidado de su niño/a si usted está asegurado por ellos. Esos fondos nos permiten proveer el cuidado de estudiantes que no tienen ningún recurso de asistencia para el cuidado dental. Por favor tome unos minutos y provéanos con la siguiente información si tiene cobertura.

**Medicaid / Caresource / Amerigroup / Molina** **Nombre del niño/a** \_\_\_\_\_

Por favor haga un círculo en la cobertura correcta

**REQUIERE LA FIRMA DEL PADRE O DE LA PERSONA QUE TIENE CUSTODIA.**

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_