

Devuelva a la escuela el:

Consentimiento revisado por:

MAÑANA

Gratis

Selladores Dentales Gratis

Programa de Selladores Dentales de Five Rivers/Financiamiento proporcionado por el Departamento de Salud de Ohio

Estimados Padres:

Un programa dental **gratis** se pondrá a disposición en la escuela de su niño/a. El programa es primordialmente para **2.º y 6.º grado**. Los selladores dentales ayudan a parar las caries dentales. Un asistente de dentista diplomado examinará los dientes de su niño/a y decidirá cuáles son los dientes posteriores que necesitan selladores. Un asistente de dentista pondrá entonces los selladores en los dientes de su niño/a y los sellará para que la comida y las bacterias no causen caries. Los selladores dentales que se le coloquen a su niño/a se controlarán **cada año que califique**. Se aplicarán nuevos selladores dentales 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** Quiero que mi niño/a reciba **Selladores Dentales Gratis cada año que mi niño/a califique.**
(Por favor, llene el formulario en su totalidad y FIRME abajo.)
- NO** Yo no quiero que mi niño/a reciba **Selladores Dentales Gratis.**

Etnicidad: ¿Es su niño/a hispano/a? (Por favor, marque) **Sí** **No**

Raza: Por favor, marque **todo lo que se aplique** a su niño/a.

- Indoamericano/Nativo de Alaska Negro o Americano Africano Blanco
- Asiático Nativo Hawaiano/De las Islas del Pacífico Otra

Puede bajar una copia del aviso mas reciente de practicas de privacidad al bajar este PDF en **FiveRiversHealthcenter.org**

Mi niño/a recibe **Almuerzos Gratis o de Precio Reducido** **SÍ** **NO** **NO SÉ**

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 _____

HISTORIAL DE SALUD

1. ¿Ha tenido su niño/a problemas de salud serios?	Sí	No
Si respondió SI, por favor explique.		
2. ¿Tiene su niño/a alguna de las siguientes alergias? Plásticos/Acrílicos	Sí	No
Otro	Sí	No
Si respondió SI, por favor enumere:		

NO SE REQUIEREN PAGOS PARA ESTE PROGRAMA.

CareSource y el Departamento de Servicio de Familia y Trabajos de Ohio (Ohio Department of Jobs and Family Services (ODJFS) pueden pagar por la atención de su niño/a si usted está asegurado por ellos. Esos fondos nos permiten proveerles atención a estudiantes que no tienen ningún recurso de asistencia para el cuidado dental. Por favor, tómese unos minutos y provéanos la siguiente información si tiene cobertura.

Medicaid/CareSource/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 LA CUSTODIA.

😊 **Firma:** _____ **Fecha** ___/___/___

Rev 6/2019