



**DISTRITO DE SALUD PÚBLICA DE CHAMPAIGN-URBANA**  
**2010-2011 CONSENTIMIENTO POR EXAMEN DENTAL**  
*Estudiantes en Grados: PK, K, 2, 6*

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_

*El Distrito de Salud Pública de Champaign-Urbana puede proveer servicios dentales preventivos para su hijo en su escuela. Los servicios incluirán un examen dental y puede incluir una limpieza, tratamiento de fluoruro, y selladores para niños elegibles. **El Mandato del Estado requiere que todos los niños en el Kinder, el Segundo grado y el Sexto grado tienen este examen antes del 15 de mayo, 2011.** Dentistas e higienistas con licencia y experiencia proveen este servicios en la escuela de su hijo con equipo portátil. Para que su hijo pueda recibir estos servicios UD. **TIENE QUE PROVEER TODA LA INFORMACIÓN ABAJO, FIRMAR EN LA LINEA Y ENTREGARLO A LA ESCUELA** si Ud. quiere que su hijo recibir este servicio. Ud. va a recibir un informe despues de su hijo ha visto la dentista/higienista. Si Ud. tiene alguna pregunta, por favor llamarnos a (217) 531-4279.*

**POR FAVOR IMPRIMA Y USE PLUMA.**

**Nombre y apellido del niño** \_\_\_\_\_ **Sexo**  Hombre  Mujer **Fecha de nacimiento** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Ciudad** \_\_\_\_\_ **Código Postal** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Ethnicidad (opcional)**  Hispano  No Hispano **Raza**  Blanco  Africano Am.  Indio Am. /Nativo de Alaska  Otro

- ¿Su hijo tiene cualquier historia médica que pudiera complicar tratamiento dental?  Sí  No **Si "sí," por favor explique abajo:**  
 Cirugía del Corazón en el pasado o planeado  Asma  Desorden de la Sangre  Otro \_\_\_\_\_
- ¿Su hijo califica por almuerzos gratis o a bajo costo en la escuela?  Sí  No  
 Número de Personas en la Familia : \_\_\_\_\_ Ingreso Total Anual de la Familia (opcional) \$ \_\_\_\_\_
- ¿Su hijo recibe la tarjeta médica (Medicaid o All Kids)?  Sí  No  
 Número de Medicaid o All Kids ID (al lado del nombre del niño en la tarjeta) \_\_\_\_\_
- ¿Su hijo tiene otro seguro dental más que la tarjeta médica/ All Kids?  Sí  No Si sí, nombre del seguro: \_\_\_\_\_

**Padre o guardian legal tiene que leer y firmar antes de que el niño pueda participar**

Doy permiso que el Distrito de Salud Pública de Champaign-Urbana proveer tratamiento a mi hijo. Verifico que leí este formulario y la información de privacidad (HIPAA). Doy permiso que el Departamento de Salud Pública de Illinois provee auditoria de calidad de los archivos dentales. Doy permiso también que los proveedores dentales regresan a la escuela de mi hijo para chequear los selladores dentales de mi hijo.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Nombre del padre/guardian legal** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**DO NOT WRITE IN THIS BOX. This area to be completed by C-UPHD dentist.**  
**-----CURRENT DENTAL STATUS OF PATIENT-----**

PRIOR RESTORATIONS	PRIOR SEALANTS	Caries Experienced	___ YES ___ NO	<b>ORAL HEALTH SCORE</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 10px auto;"></div>
_____	_____	Sealants present	___ YES ___ NO	
_____	_____	*Cavitated Lesion	___ YES ___ NO	
_____	_____	Soft Tissue Pathology	___ YES ___ NO	
_____	_____	Malocclusion	___ YES ___ NO	

\*At least ½ mm of the tooth structure loss at the enamel surface. Brown or dark-brown coloration of the walls of the lesion. These criteria apply to pit and fissure cavitated lesions as well as those on smooth tooth surfaces. If retained root, assume that the whole tooth was destroyed by caries. Broken or chipped teeth, plus teeth with temporary fillings are considered sound unless a cavitated lesion is also present.

**TREATMENT NEEDED:**  
**DECAY** \_\_\_\_\_ **SEALANTS** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**TREATMENT COMPLETED:**  
 \_\_\_\_\_ **EXAM** \_\_\_\_\_ **SEALANTS:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ **PROPHY** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ **FI2** \_\_\_\_\_

**TREATMENT DATE:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- \_\_\_\_\_ URGENT (Must submit a referral sheet)
- \_\_\_\_\_ Simple restorative (less than 5 fillings)
- \_\_\_\_\_ Complex restorative (5 fillings or more, etc.)
- \_\_\_\_\_ Preventative Dental Care Only Including Sealants
- \_\_\_\_\_ No treatment required
- \_\_\_\_\_ Other-Periodontal or Orthodontic

\_\_\_\_\_  
 Reviewed HH & Provided Treatment (Signature of RDH) **Date:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Reviewed HH & Provided Treatment (Signature of Dentist) **Date:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_