

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DENTALES ESCOLARES 2022-23

La escuela de su estudiante ha hecho arreglos para que la Clínica Dental para Niños y Adolescentes del Distrito de Salud Pública de Champaign-Urbana brinde servicios dentales en la escuela durante el día escolar **SIN COSTO** para usted.

Los servicios están abiertos a los estudiantes de todos los grados que tienen Medicaid o All Kids, o que no tienen seguro.

Los servicios incluyen examen dental, selladores dentales, limpieza y tratamiento con flúor para prevenir las caries. **Esto cumple con el requisito de examen dental del Estado de Illinois.**

IMPRIMIR Y UTILIZAR UN LÁPIZ DE TINTA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

NOMBRE DE LA ESCUELA _____ GRADO _____ GENERO _____ PRONOMBRES _____

HISTORIA MÉDICO

SIN CONDICIONES MÉDICAS CONOCIDAS

___ ADD, ADHD O RELACIONADO

___ SIDA O VIH POSITIVO

___ ASMA; ¿UTILIZA INHALADOR? ___ SÍ ___ NO

___ AUTISMO

___ TRASTORNOS SANGUÍNEOS O SANGRANTES

ESCRIBE: _____

___ CÁNCER; ESCRIBE: _____

___ DIABETES; ESCRIBE: _____

___ EPILEPSIA O CONVULSIONES

___ PERSONAS CON DISCAPACIDAD AUDITIVA

___ CIRUGÍA CARDÍACA O ENFERMEDAD CARDÍACA

ESCRIBE: _____

___ DISCAPACIDAD MENTAL: _____

___ DISCAPACIDADES FÍSICAS

ESCRIBE: _____

___ EMBARAZADA

___ ANEMIA FALCIFORME

___ TUBERCULOSIS

___ OTRO: _____

MEDICAMENTOS, SUPLEMENTOS, MULTIVITAMINAS

NINGUNO, o LISTA: _____

ALERGIAS

NINGUNO o LISTA: _____

"Hasta donde yo sé, las preguntas de este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo y entiendo que es mi responsabilidad contactar al proveedor dental al (217)531-4279 si ocurre algún cambio en el estado médico de mi hijo. Doy permiso para que mi hijo sea visto por un higienista dental de salud pública (bajo la supervisión de un dentista con licencia).

Al firmar este formulario, doy mi permiso al Programa Dental del Distrito de Salud Pública de Champaign-Urbana (CUPHD) para tratar a mi estudiante en la escuela durante el año escolar 2022-23, y también verifico que entiendo la HIPAA y mis Derechos de Privacidad, he recibido copias si las he solicitado. Esto también dará permiso para que se realicen auditorías de control de calidad del Departamento de Salud Pública de Illinois, y permiso para que la escuela de mi estudiante proporcione información de contacto adicional para mí a CUPHD según sea necesario para discutir el tratamiento dental".

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL _____ **FECHA** _____

NÚMERO DE TELÉFONO _____

VOLVER LA PÁGINA Y COMPLETAR EL OTRO LADO

PADRE O TUTOR LEGAL:

NOMBRE _____ CORREO ELECTRÓNICO _____

DIRECCIÓN _____ APT # _____ CIUDAD _____ CÓDIGO POSTAL _____

RAZA Y ETNICIDAD DEL ESTUDIANTE:

RAZA:

- | | | |
|----------------------------|-------------------------------|------------------|
| ____ Prefiero no responder | ____ Indio Americano o Alaska | ____ Blanco |
| ____ Negro o Afroamericano | ____ Hawaiano o isleño del | ____ Asiático |
| ____ Hispano o Latino | Pacífico | ____ Otro Isleño |

Etnicidad:

- | | | |
|----------------------------|-----------------------|--------------------------|
| ____ Prefiero no responder | ____ Hispano o Latino | ____ No-Hispano o Latino |
|----------------------------|-----------------------|--------------------------|

SEGURO:

NOMBRE DEL SEGURO DENTAL: _____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL SEGURO DEL ESTUDIANTE _____

MARQUE AQUI SI **NO TIENE SEGURO** Responda la siguiente pregunta para determinar la elegibilidad.

¿Cuál es su ingreso bruto mensual? _____ ¿Cuál es el tamaño de su hogar? _____

VOLVER LA PÁGINA Y COMPLETAR EL OTRO LADO

----- **SÓLO PARA USO DE OFICINA** -----

FIRMA DEL DENTISTA _____ FECHA _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ DOB _____ NÚMERO DE

GRÁFICO

AULA DEL PROFESOR # _____

ELEGIBLE PARA: ____ EXAMEN ____ FLUORURO ____ SELLADORES