

CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS DENTALES EN LA ESCUELA DURANTE EL CURSO 2019-20

La escuela de su hijo/a ha organizado la provisión de servicios dentales en la propia escuela durante el horario escolar. Las clínicas dentales para niños y adolescentes de la salud pública del distrito Champaign-Urbana serán las encargadas de suministrar estos servicios.

Estos servicios serán SIN COSTE ALGUNO para usted.

Los servicios incluyen revisiones dentales, limpiezas, fluoruro y selladores dentales para prevenir las caries.

Le rogamos que rellene el consentimiento que se incluye a continuación para que su hijo/a pueda disfrutar de estos servicios.

IMPRIMA EL FORMULARIO Y UTILICE UN BOLÍGRAFO PARA RELLENARLO

NOMBRE DEL ALUMNO/A _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

NOMBRE DE LA ESCUELA _____ CURSO _____ MUJER HOMBRE DESCONOCIDO

ANTECEDENTES MÉDICOS

____ **SIN PADECIMIENTOS MÉDICOS CONOCIDOS**

____ TDA, TDAH O TRASTORNOS RELACIONADOS

____ SIDA O VIH POSITIVO

____ ASMA; ¿UTILIZA INHALADOR? ____ SÍ ____ NO

____ AUTISMO

____ TRASTORNOS EN LA SANGRE O DE TIPO HEMORRÁGICO

TIPO: _____

____ PROBLEMAS DE PRESIÓN ARTERIAL

____ ALTA ____ BAJA

____ CÁNCER; TIPO: _____

____ DIABETES; TIPO: _____

____ EPILEPSIA O CONVULSIONES

____ DISCAPACIDAD AUDITIVA

____ CIRUGÍA DE CORAZÓN O ENFERMEDAD CORONARIA

TIPO: _____

____ DISCAPACIDAD MENTAL: _____

____ DISCAPACIDAD FÍSICA

TIPO: _____

____ EMBARAZADA

____ ANEMIA FALCIFORME

____ TUBERCULOSIS

____ OTRAS: _____

MEDICAMENTOS, SUPLEMENTOS, COMPLEJOS VITAMÍNICOS.

____ **NINGUNO, o LISTADO:** _____

ALERGIAS

____ **NINGUNA, o LISTADO:** _____

"A mi leal saber y entender, he respondido a las preguntas de este formulario de forma precisa. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede resultar peligroso para la salud de mi hijo/a, y entiendo que es mi responsabilidad contactar con el proveedor de servicios dentales en el (217) 531-4279 si se produce cualquier cambio en la situación médica de mi hijo/a.

Al firmar este formulario, doy mi permiso al Programa Dental de Salud Pública del Distrito de Champaign-Urbana (CUPHD) para tratar a mi hijo/a en la escuela durante el curso escolar de 2019-20. Asimismo, confirmo que entiendo la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA por sus siglas en inglés) y mi Derecho a la Privacidad, además de haber recibido copias en caso de haberlas solicitado. De este modo, también estaré dando permiso para la realización de Auditorías de Garantía de Calidad del Departamento de Salud Pública de Illinois, y para que la escuela de mi hijo/a me ofrezca información de contacto adicional de la CUPHD, según sea necesario, para hablar sobre el tratamiento dental".

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

NÚMERO DE TELÉFONO _____

DELE LA VUELTA A LA PÁGINA PARA PODER COMPLETAR LA OTRA CARA

PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL:

NOMBRE _____ DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO _____

DIRECCIÓN _____ APT # _____ CIUDAD _____ CÓDIGO POSTAL _____

RAZA Y ETNIA DEL ALUMNO/A:

RAZA: _____ No especificada

ETNIA: _____ No especificada

_____ Asiática

_____ Hispana / Latina

_____ Hawaiana o procedente de las islas del Pacífico

_____ No hispana / latina

_____ Procedente de otras islas

_____ Prefiero no contestar

_____ Negra o afroamericana

_____ Amerindia o de los nativos de Alaska

_____ Caucásica

_____ Hispana / Latina

_____ Prefiero no contestar

SEGURO

_____ SIN SEGURO DENTAL _____ IL MEDICAID _____ BLUE CROSS _____ HARMONY _____ MOLINA

_____ MERIDIAN _____ OTROS: _____

Nº DE IDENTIFICACIÓN DE SEGURO DEL ALUMNO/A _____

DELE LA VUELTA A LA PÁGINA PARA PODER COMPLETAR LA OTRA CARA

-----**SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO**-----

DENTIST'S SIGNATURE _____ DATE _____

STUDENT'S NAME _____ DOB _____ CHART # _____

STUDENT'S TEACHER _____ ROOM #: _____