

***** Permiso para servicios dentales en la escuela *****

Consentimiento del padre o tutor

Programa dental de escuelas públicas de Hartford

Estimados padres/encargados:

La escuela Consultorio Dental puede proveer los siguientes servicios en nuestra escuela durante el horario escolar: rayos x, limpiezas, tratamientos de fluoruro, selladores, empastes, extracciones, tratamiento de raíz, mantenedores de espacio, coronas, tratamiento de emergencia, y educación sobre salud dental. Se usará anestesia local (i.e. Novocaine).

Si desea que su hijo/a reciba tratamiento dental en la escuela, por favor conteste todas las preguntas y firme el formulario. Usted puede visitar la consul dental con su niño/a.

NOMBRE (NIÑO/A) _____ SALÓN _____ FECHA _____
 PADRE/ENCARGADO _____ DIRECCIÓN _____
 TELÉFONO # _____ TRABAJO # _____ CELULAR # _____ BEEPER _____
 CONTACTO DE EMERGENCIA _____ TELÉFONO _____
 NOMBRE DEL NIÑO/A EN TARJETA DE SEGURO MÉDICO _____
 N° SEGURO DENTAL/MEDICAID DEL NIÑO/A (#) _____ PLAN _____
 N° DE SEGURO SOCIAL DEL NIÑO/A (#) _____

HISTORIAL MÉDICO

Nombre del doctor o clínica donde el niño/a recibe cuidado médico _____

¿Tiene su hijo/a algún problema de salud?

Explica "SI" preguntas:

| | | | |
|---|-----------------------------|----------------------------|---------------|
| ¿Condición del corazón?..... | SI <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | _____ |
| ¿Soplo en el corazón?..... | SI <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | _____ |
| ¿Alergias?..... | SI <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | _____ |
| ¿A las medicinas?..... | SI <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | _____ |
| ¿A las bombas u otros materiales de goma?. | SI <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | _____ |
| ¿Asma?..... | SI <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | _____ |
| ¿Convulsiones?..... | SI <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | _____ |
| ¿Alguna enfermedad infecciosa?..... | SI <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | _____ |
| ¿Anemia células falciformes de la sangre?..... | SI <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | _____ |
| ¿Rasgos de anemia?..... | SI <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | _____ |
| ¿Problemas de sangrado?..... | SI <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | _____ |
| ¿Otro problema que no esté en la lista?..... | SI <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | _____ |
| ¿Toma su niño/a alguna medicina?..... | SI <input type="checkbox"/> | N <input type="checkbox"/> | ¿Qué? _____ |
| ¿Cuándo fue la última visita de su niño/a al dentista?_____ | | | ¿Dónde? _____ |

Por favor informe a la oficina dental si ocurre algún cambio en la información de arriba.

PERMISO PARA TRATAMIENTO

Doy permiso para que sé le suministre cualquier tratamiento dental que mi hijo/a necesite. El dentista usará anestesia local (i.e. Novocaine) si se necesita. *Tambien le doy permiso para entregar informacion relacionado con el tratamiento o servicios a los proveedores del seguro con el proposito de cobrar y autorizar pagos hechos directamente a Las Escuelas Publicas de Hartford al Departamento de Servicios de Salud por los servicios proveidos.*

FIRMA _____ FECHA _____
 PADRE-ENCARGADO

El Programa Dental Del Systema Escolar De Hartford esta abierto durante las horas regulares de la escuela y se atiende por cita solamente. En caso de emergencia despues de las horas de escuela, usted debe comunicarse con su seguro de salud para averiguar las opciones de tratamiento o tambien puede acudir al hospital de emergencia mas cercano.