



# Clean and Seal Dental Programa de Consentimento/Formulário do Histórico Médico

**Complete (a tinta) e devolva amanhã para o professor do seu filho(a)**

Nome da criança: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Masculino  Feminino

Escola \_\_\_\_\_ Série \_\_\_\_\_ Sala/Professor \_\_\_\_\_

- SIM**, eu dou permissão para a criança participar do programa.  
 **NÃO**, eu **NÃO** dou permissão para a criança participar do programa.

**Sua criança tem alguma alergia? Se sim, marque todas que se aplicam:**  SIM  NÃO  
 Colofônio  Látex  Frutas Secas  Resina  Alimentos  Aromatizantes Artificiais  Corante Vermelho Outras: \_\_\_\_\_

### Informação Geral:

Qual o idioma que a *criança* fala melhor? \_\_\_\_\_ Qual o idioma que os *pais* falam em casa? \_\_\_\_\_

Qual é a etnia da *criança*?

- Índio Americano/Nativo do Alasca  Asiático  Afro-Americano  Hispânico/Latino  Branca  Outra

### Informações sobre a Saúde: *\*\*Se for necessário mais espaço, anexar uma folha de papel.*

A criança consulta um médico para exames regulares?  SIM  NÃO

A criança consulta um dentista para exames regulares?  SIM  NÃO

*Se sim*, nome do dentista \_\_\_\_\_ Data da Última Consulta Odontológica: \_\_\_\_\_

Does your child get a cleaning every 6 months?  SIM  NÃO

A criança está tomando alguma medicação agora?  SIM  NÃO

*Se sim*, listar os medicamentos. \_\_\_\_\_

A criança precisa tomar antibióticos (penicilina) antes de fazer um tratamento odontológico?  SIM  NÃO

A criança **ALGUMA VEZ** teve alguma doença ou problema de saúde? *Se sim, marque todas que se aplicam.*  SIM  NÃO

- TDA/THDA  Diabetes  Crise de Epilepsia  Asma  Doenças Cardíacas/Sopro no Coração

Outras: \_\_\_\_\_

*Se seu filho tiver seguro odontológico MassHealth/médico, preencha abaixo:*

Mass Health RID Number  
 \_\_\_\_\_



Compreendo que o CLEAN AND SEAL DENTAL PROGRAM pode usar a informação da saúde da criança para tratamento, pagamento e procedimentos de cuidados da saúde. Recebi uma cópia do Aviso de Práticas de Privacidade do CLEAN AND SEAL DENTAL PROGRAM Li e compreendi o programa e os serviços odontológicos e dou a minha autorização para que a criança participe do programa. Entendo que os serviços incluem uma consulta para nova verificação em 1 ano, a contar da consulta inicial, que pode ser feita a menos que eu retire o meu consentimento para a participação da criança. Autorizo que o CLEAN AND SEAL DENTAL PROGRAM forneça um resumo escrito dos serviços proporcionados para criança e para um responsável designado pela escola da criança. Caso seja aconselhado um acompanhamento com um dentista, autorizo o CLEAN AND SEAL DENTAL PROGRAM a liberar as informações de saúde pessoais e odontológicas necessárias ao dentista registrado do meu filho e, se não houver um profissional relacionado, aos dentistas comunitários que podem entrar em contato diretamente comigo. Se eu tiver uma apólice de seguro de saúde odontológica, reconheço que estes serviços podem afetar os meus direitos e benefícios do seguro no futuro, e autorizo que a minha agência de seguros seja cobrada por quaisquer serviços fornecidos.

X: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Parentesco com a Criança: \_\_\_\_\_

Assinatura do Pai/Mãe/Responsável

Nome em Letra de Forma

Número de Telefone Diurno

Celular

