



# Formulario de Permiso e Historia Médica del Programa

**Por favor complete este formulario en bolígrafo y entréguelo mañana al maestro/a de su hijo/a**

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Masculino  Femenino

Escuela \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Salón/ Maestro/a \_\_\_\_\_

**SI**, doy permiso para que mi hijo/a participe en el programa.

*Marque is o no y devuelva este formulario*

**NO**, no doy permiso para que mi hijo/a participe en el programa.

**Tiene su hijo/a algún tipo de alergias? Si la respuesta es SI , marque cuales:**  SI  NO

Colofonia  Látex  Nueces  Pasas  Alimentos  Sabores Artificiales  Colorante Rojo  Otros: \_\_\_\_\_

### Información General:

¿Qué idioma habla mejor *su hijo/a*? \_\_\_\_\_ ¿Qué idioma hablan los *padres* en casa?: \_\_\_\_\_

¿Cual es el origen *de su hijo/a*?

Indio-Americano/Nativo de Alaska  Afro-Americano/Negro  Asiático  Blanco  Hispano/Latino  Otro

### Información sobre Salud:

En la actualidad, ¿tiene su hijo/a un doctor al que acude regularmente, para revisiones de salud?  SI  NO

En la actualidad ¿su hijo/a visita regularmente a un dentista para revisiones dentales?  SI  NO

*Si la respuesta es SI*, por favor escriba el nombre del dentista \_\_\_\_\_ Fecha de la última cita \_\_\_\_\_

¿Su hijo recibe una limpieza cada 6 meses?  SI  NO

Actualmente, ¿está su hijo/a tomando alguna medicina?  SI  NO

*Si la respuesta es SI*, por favor escriba el nombre de las medicinas \_\_\_\_\_

Actualmente, ¿está su hijo/a necesita tomar antibióticos (penicilina u otro), antes de recibir tratamiento dental?  SI  NO

¿Su hijo ALGUNA VEZ ha tenido una enfermedad o condición? En caso afirmativo, marque todas las que correspondan.  SI  NO

ADD/ADHD  Diabetes  Epilepsia/Convulsiones/Ataques  Asthma  Condiciones del hogar/ soplo cardíaco

Otros: \_\_\_\_\_

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



Comprendo que CLEAN AND SEAL DENTAL PROGRAM puede utilizar información de la salud de mi niño(a) para el tratamiento, operaciones de pago y asistencia médica. Se entregará una copia del Aviso de prácticas de privacidad si se solicita. He leído y comprendo el programa dental y los servicios que se le pueden brindar a mi hijo. Doy mi consentimiento para que mi hijo participe en el programa. Autorizo al programa dental a proporcionar un resumen escrito de los servicios de examen a un funcionario designado por la escuela de mi hijo. Entiendo que estos servicios no sustituyen a un examen por un dentista y que mi hijo debe obtener un examen por un dentista dentro de los 90 días, si no ha tenido uno. Si es necesario, el programa dental puede compartir el registro dental de su hijo con un dentista en el área. Además, también se le dará a su hijo una lista de los consultorios dentales. Entiendo que mi hijo puede continuar recibiendo atención dental de cualquier otro proveedor. Si tengo un seguro dental, reconozco que este tratamiento puede afectar mis derechos futuros y los beneficios del seguro, y autorizo a mi compañía de seguros a que se le facture cualquier servicio prestado.

x \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Relationship to Child: \_\_\_\_\_  
**Parent/Guardian's Name**

\_\_\_\_\_ Phone Number \_\_\_\_\_ Email Address \_\_\_\_\_  
**Print Name**