

AUTORIZACIÓN PARA SERVICIOS DENTALES

Durante el año escolar ofrecemos exámenes de higiene dental, limpieza de los dientes, aplicación de fluoruro, sellantes y sellantes temporales. Sin costo para usted. (Intentaremos recibir un reembolso de parte de su seguro dental, cuando sea posible) Estos servicios, si son indicados, serán proporcionados por Los Centros de Salud para la Comunidad del Condado de Lane. Si usted desea que su hijo/a reciba estos servicios, por favor conteste las siguientes preguntas, firme, ponga la fecha y regrese la forma a su escuela.

Nombre de la escuela: _____	
Nombre del niño/a: _____	Fecha de nacimiento: _____
Seguro dental del niño (si tiene): _____	Número de recipiente/paciente: # _____
Padre/madre o tutor: (letra de molde) _____	
Domicilio: _____	Ciudad: _____ Estado: <u>OR</u> C.P.: _____
Teléfono: Hogar: _____	Tabajo _____ Mensajes: _____
Fecha del último examen dental que tuvo su hijo: _____	¿Está tomando su hijo fluoruro recetado?: _____
Nombre del dentista: _____	¿Tiene algún problema dental su hijo en este momento?: _____
1) ¿Tiene su hijo Asma? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí 2) ¿Ha tenido su hijo algún problema serio de salud? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, favor de explicar _____ 3) ¿Tiene alergias su hijo/a? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, favor de explicar _____ 4) ¿Su doctor o dentista ha recomendado que su hijo/a tome antibióticos antes de una limpieza dental? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, favor de explicar _____	

Como padre/madre o tutor legal, por medio de la presente doy consentimiento para que mi hijo/a reciba un examen de higiene dental, aplicación de esmalte de fluoruro, limpieza de los dientes, sellantes y sellantes temporales, cuando sean indicados, durante el año. También doy consentimiento para el intercambio de información de mi hijo entre los Centros de Salud Comunitarios, todos los Distritos Escolares de Lane County, Head Start of Lane County, Colegio Comunitario de Lane, Clinica del Niño Sano, Clocktower, WIC, EC CARES, Guarderías de la comunidad, Seguro dental y el dentista particular de su hijo. Este consentimiento tendrá validez por 24 meses. **Al firmar esta forma, también acepto que he recibido una copia adjunta de las Noticias de Prácticas Privadas de Los Centros de Salud Comunitarios del Condado de Lane.**

Firma: _____ Fecha: _____
Padre / madre o Tutor

Favor de proporcionar la siguiente información para nuestras estadísticas. Esto no afectará la elegibilidad de su hijo/a para recibir servicios.

Grupo étnico		Raza – Favor de marcar todos los que apliquen.			
<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii	<input type="checkbox"/> Blanco	
<input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Indio Americano	<input type="checkbox"/> Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro: _____	
Estatus de vivienda:					
<input type="checkbox"/> ¹ En riesgo de quedarse sin vivienda, vivienda inestable	<input type="checkbox"/> ² Vivo en un refugio temporal				
<input type="checkbox"/> ³ En este momento tengo vivienda, pero no tube alguna vez en los últimos 12 meses					
<input type="checkbox"/> ⁴ Vivo en vivienda transitoria	<input type="checkbox"/> ⁵ Tengo vivienda				
<input type="checkbox"/> ⁶ Sin vivienda: vivo en la calle, campamento, puente, carro	<input type="checkbox"/> ⁷ Vivo con otras personas (familia o amigos)				
<input type="checkbox"/> ⁸ Sin vivienda otro: _____					
Información sobre sus ingresos:					
Total de ingresos en su hogar para el año previo: \$ _____					
Número de personas mantenidas con estos ingresos (incluyendo usted): _____					