



Webster County Health Department

Dental Screening, Fluoride Varnish, and Sealant Application

Consent Form

Nombre y apellido del niño	M	F	Nombre y apellido de los padres	Edad	Fecha de nacimiento
Dirección:			Teléfono:		
Ciudad y código postal:			Celular:		
Médico del niño:			Dentista del niño:		
Fecha de la última cita:			Fecha de última cita:		
Número de Medicaid (si es aplicable):		Etnicidad: Caucásico Hispano / Latino Asiático Africano Americano Islas del Pacífico Indio Americano Otro: _____			
Nombre de Maestro/a:			Grado:		

Historia de Salud Médica: *Por favor complete TODA la información de este formulario*

1. ¿Está su hijo bajo el cuidado del médico por algunas condiciones médicas? Sí No
2. ¿Está tomando su hijo algún medicamento? Sí No
3. ¿Ha tenido su hijo alguna reacción alérgica a alimentos o medicamentos? Sí No
En caso afirmativo, por favor explique _____
4. ¿Tiene su hijo las vacunas actualizadas? Sí No
5. ¿Es su hijo elegible para el programa de almuerzo gratis o reducido en la escuela? Sí No

Historia de Salud Dental: *Por favor complete TODA la información de este formulario*

1. ¿Tiene su hijo/a un dentista regular? Sí No
2. La última visita de mi hijo con un dentista estaba dentro de los últimos: (marque uno)
 6 meses 12 meses 3 años 5 años Nunca ha visto un dentista
3. ¿Cómo suele pagar por el cuidado dental de su hijo? (marque uno)
 Yo Medicaid (Title XIX) hawk-i Seguros Dental Otro _____
4. ¿Tiene alguna pregunta o preocupación acerca de los dientes de su hijo o en la boca? Sí No
En caso afirmativo, por favor explique: _____

_____ **SÍ**, doy permiso para que mi hijo reciba una evaluación dental y sellador según sea necesario, junto con un tratamiento de barniz de flúor para fortalecer los dientes y prevenir las caries.

_____ **NO**, yo no doy permiso para que mi hijo reciba una evaluación dental, selladores, ni fluoruro.

- Me ofrecieron un Aviso de Prácticas de Privacidad.
- Entiendo que este consentimiento es válido por un año a partir de la fecha de su firma.
- Entiendo que los servicios recibidos no toman el lugar de los chequeos dentales regulares en una oficina dental.
- Entiendo que estos servicios se prestan de acuerdo con el Departamento de Salud Pública de Iowa (IDPH), Maternal y Programa de Salud Infantil.
- Entiendo que los registros creados y mantenidos como parte de este programa son propiedad de IDPH.
- Entiendo que la información de estos registros puede ser compartida con IDPH (Oficinas de Salud de la Familia o sistemas de administración oral y de la Salud), el Departamento de Servicios Humanos de Iowa o designado.

Firme aquí
(Consentimiento)

Firma del padre/Guardián

Relación al niño

Fecha

Yo voluntariamente autoriza al Departamento De Webster a liberar, obtener o intercambiar información manualmente y/o a través de una plataforma electrónica mantenida por TAVHealth con los siguientes: dentista, Head Start, escuela o pre-escolar, New Opportunities, Salud Publica Local/Community Health o el programa de Iowa Central Community College Dental Hygiene. Esta publicación no autoriza la divulgación de material protegido por la ley federal v/o estatal aplicable al abuso de sustancias, salud o mental y/o información relacionada con el SIDA.

Firme aquí
(Liberación)

Firma del padre/Guardián

Relación al niño

Fecha

PADRE / TUTOR: POR FAVOR LLENE LA PARTE POSTERIOR DE ESTE FORMULARIO Y FIRME!
CP/MH 5.2017