

LLENE POR COMPLETO Y FIRME EL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO ADJUNTO Y DEVUÉLVALO AL MAESTRO DE SU HIJO

El Programa Dental del Departamento de Salud del Condado de DuPage vendrá a su escuela para realizar exámenes dentales para todos los niños que devuelvan un formulario de consentimiento firmado y completado.

- Este examen dental cumplirá con el requisito obligatorio del estado para alumnos de Kindergarten, 2° y 6° grado.
- Si el niño/a satisface los requisitos necesarios, recibirá una limpieza dental, tratamiento de fluoruro y selladores.
- Se enviará una carta a casa con los resultados del examen y los servicios que se realizaron.
- Beneficio: ¡Todos los niños recibirán un cepillo de dientes gratuito!
- BENEFICIO: ¡TODOS LOS NIÑOS RECIBIRÁN UN CEPILLO DE DIENTES GRATUITO!





Formulario de Consentimiento

Acuerdo de Tratamiento y Formulario de Liberación de Responsabilidad



((630) 682-7400

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE Y PLUMA

Por medio de la presente eximo, renuncio y absuelvo al Departamento de Salud del Condado de DuPage, a sus empleados y agentes, de cualquier responsabilidad hacia mí, mis representantes personales o pariente más cercano por cualquier daño y reclamo o demanda en relacion con los servicios dentales proporcionados. Además, acepto indemnizar, dejar a salvo y liberar de responsabilidad al Departamento de Salud del Condado de DuPage y a cualquiera de sus agentes de cualquier pérdida, responsabilidad, daño o costo o reclamo en el que puedan incurrir como resultado de los servicios dentales. He leído y entendido este acuerdo y acepto voluntariamente todos sus términos y condiciones. Entiendo que el Departamento de Salud del Condado de DuPage proporciona estos procedimientos como un servicio público y tiene mi permiso para volver a revisar y reemplazar los selladores según lo dictado por la subvención; esta autorización vence cinco años después de esta fecha.

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE MI HIJO RECIBA TRATAMIENTO DENTAL CON EL PROGRAMA DENTAL DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE DUPAGE:

Por la presente autorizo a los dentistas e higienistas dentales que asisten a examinar y tratar a mi menor o pupilo según corresponda y a realizar todos los procedimientos dentales, incluyendo anestesia local, restauraciones, extracciones, limpieza dental, selladores y tratamiento de fluoruro, según lo considere necesario el dentista.

He revisado los antecedentes médicos de mi hijo.

Firme aquí:		Fecha: / /
Nombre del niño/a:	Apellido:	
Edad del niño/a:	Fecha de nacimiento: /	/ Sexo del niño/a:
Nombre del padre/madre/tutor:		
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:
Número de teléfono casa:	Correo electrónico:	
Grado escolar: Maestro: _	Escuela:	
¿Cuántas personas viven en su hogar?: _		
Por Favor Encierre en un Círculo s	su Ingreso Familiar:	
\$31,284 o menos	\$55,815 o menos	\$80,346 o menos
\$39,461 o menos	\$63,992 o menos	\$88,523 o menos
\$47,638 o menos	\$72,169 o menos	\$96,700 o más
Mi hijo es elegible para el programa de almuerzo GRATUITO o A PRECIO REDUCIDO: Si No Si el niño/a tiene Medicaid: Ingrese el número de identificación de beneficiario de Medicaid de 9 dígitos del niño AQUÍ: Se facturará a su Medicaid.		
¿Alguna vez su hijo/a ha tenido o	padecido alguno de lo siguiente?: (Ma	rque Sí o No)
Problema cardiaco Si No Con	nvulsiones/Crisis epilépticas Si No	Trastorno de sangrado 🔲 Si 🔲 No
Tuberculosis Si No Dia	betes Si No	Alta presión arterial Si No
Asma Si No Pro	blemas de hígado/riñón Si No	
¿Alguna vez le ha dicho un dentista o méd ☐ Si ☐ No	dico que su hijo/a necesita tomar antibióticos (p	enicilina) antes de recibir atención dental?
¿Su hijo/a tiene Alergias?:	No Indique Alergias:	
¿Su hijo/a toma Medicamentos?: Si	No Indique medicamentos:	