



Protecting All Smiles Higiene Dental de la Salud Pública

Formulario de consentimiento para padres o tutores: *(Escriba con letra clara y complete TODO el formulario)*

Devuelva la hoja al maestro de su hijo o hija mañana. **UN FORMULARIO POR NIÑO.**

Están disponibles más formularios en nuestro sitio web: **protectingallsmiles.com**

Toda la información es confidencial.

Fecha: _____

Nombre del niño/a: _____ Apodo del niño/a, si lo tiene: _____
 Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Dirección: _____
 Calle / N.º de apartamento Ciudad Estado Código ZIP

Teléfono del hogar: _____ Celular del tutor(a): _____ Nombre del contacto de emergencia/Número: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: ____ ☐ Masculino ☐ Femenino Grado del niño/a: ____ N.º del salón del niño/a: ____

RAZA/ETNIA (Solo por motivos estadísticos)

☐ Hispano/Latino ☐ Negro/Afroamericano ☐ Nativoamericano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Hawaiano Nativo o de otra Isla del Pacífico ☐ Blanco/Caucásico ☐ Otro

¿Qué idioma habla el niño o niña en el hogar? _____

HISTORIAL MÉDICO: Aunque los odontólogos tratan principalmente la zona de la boca, esta forma parte del cuerpo. Los problemas de salud o la medicación que pueda tomar su hijo/a podrían tener una interrelación importante con el tratamiento odontológico que recibirá. Gracias por responder a las siguientes preguntas.

1. ¿Su hijo/a toma algún medicamento? ☐ SÍ / ☐ NO
2. En caso afirmativo, enumere todos los medicamentos: _____
3. Por favor, enumere todas las alergias de su hijo/a: _____
4. ¿Su hijo/a actualmente está bajo el cuidado de un médico aparte de las revisiones? ☐ SÍ / ☐ NO
5. ¿Su hijo tiene algunas de las enfermedades siguientes? En caso afirmativo, encierre en un círculo la condición médica.

Asma	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADD/ADHD)	Autismo	Cáncer	Síndrome de Down	Epilepsia	Trastornos hemorrágicos	Problemas cardíacos
Soplo cardíaco	Hepatitis	Alergia al látex	Fiebre reumática	Tuberculosis	Diabetes	Convulsiones	Otra, por favor enumere

HISTORIAL DENTAL:

6. ¿Le han dicho alguna vez que su hijo/a necesita tomar antibióticos antes de un tratamiento dental? ☐ SÍ / ☐ NO
7. ¿Cuánto tiempo más o menos ha pasado desde la última que su hijo/a visitó al dentista/higienista? Por favor, marque una casilla:

☐ 6 meses o menos
☐ Más de 1 año, pero no más de 3 años
☐ Nunca ha ido al dentista / higienista

☐ Más de 6 meses, pero no más de 1 año
☐ Más de 3 años
☐ No lo sé / no lo recuerdo
- Nombre de la Clínica Dental de las anteriores experiencias dentales: _____
8. ¿En los últimos 6 meses, su hijo ha tenido dolor de muelas más de una vez al morder o masticar? ☐ SÍ / ☐ NO
9. ¿Le gustaría recibir ayuda para encontrar una clínica dental permanente? ☐ SÍ / ☐ NO
10. ¿Cuáles son SUS preocupaciones o preguntas sobre los dientes de su hijo/a? _____

*Por favor, marque el tipo de seguro que tiene Y escriba el número de miembro: _____

☐ MassHealth



☐ Seguro privado (nombre) _____

☐ Sin seguro dental

Doy permiso para que mi hijo/a reciba los servicios clínicos de cuidado dental preventivo. Entiendo que este consentimiento estará en vigor por dos años. Si se colocan selladores dentales, se volverán a revisar y reemplazar en la siguiente visita, si es necesario. Es responsabilidad de los padres o tutores informar al profesional dental sobre cualquier cambio en la información médica de su hijo/a. Entiendo que una copia del historial dental de mi hijo/a y los resultados se entregarán a nuestro socio comunitario y que toda la información sobre mi hijo será confidencial. Si tengo seguro dental, autorizo a mi compañía aseguradora para ser facturada por los servicios prestados. Protecting All Smiles, LLC. hará todo lo posible para NO interferir con sus citas dentales regulares. Me han entregado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Protecting All Smiles, LLC. He leído y entiendo el programa dental y doy mi consentimiento para que mi hijo/a participe. Autorizo al programa dental a enviar cualquier derivación al dentista del registro de mi hijo cuando corresponda. Protecting All Smiles, LLC. no cobra directamente a las familias por los servicios preventivos que ofrecemos. **Entiendo que estos servicios son proporcionados por higienistas dentales de la salud pública y que la revisión no reemplaza un examen dental realizado por un dentista. Se recomienda un examen dental por un dentista una vez al año.**

X _____
 Nombre con letra clara del padre, madre o tutor(a)

 Firma del padre, madre o tutor(a)