



FORMULARIO DE REGISTRACIÓN DE SEAL-A-SMILE 24-25



Community Health Systems (CHS) está ofreciendo un programa preventivo para TODOS los estudiantes de todos los niveles educativos. Es financiado por Wisconsin Seal-A-Smile, un programa en colaboración con Children's Health Alliance of Wisconsin y el Departamento de Servicios de Salud. Un(a) higienista dental capacitado(a) irá a la escuela para brindar selladores dentales, barniz de flúor, instrucciones para cepillarse los dientes y, posiblemente, una limpieza dental. La atención recibida no es una alternativa a la atención dental regular. Se recomienda un hogar dental para el cuidado dental rutinario, incluyendo cualquier cuidado de seguimiento que pueda ser recomendado a través de una carta que será enviada a casa después de que su hijo(a) haya recibido la visita. Todos los procedimientos siguen las recomendaciones de la Asociación Dental Americana y los Centros para el Control de enfermedades. Este permiso es válido por un periodo de 24 meses. La política de HIPAA puede consultarse en: <https://rebrand.ly/nppesp> Llame al 608-361- 0311 si tiene preguntas o mande un correo electrónico a sas@chsofwi.org.

INFORMACION DEL NIÑO(A)						
Nombre del Niño(a)	(Apellido)		(Nombre)		Fecha de nacimiento del niño(a)	/ /
Genero	M	F	Otro	Escuela	Grado	Nombre del Maestro(a) (si lo sabe)
Grupo étnico	Hispano Desconocido No-hispano	Raza	Blanco Negro/Afroamericano Desconocido Asiático-americano Amerindia/Nativo de Alaska de Hawái/Isteño del pacifico		Ingreso familiar (no es obligatorio declarar) \$ _____	
Seguro Dental	Forward/Medicaid Privado Desconocido Sin Seguro		¿Ha visitado su hijo(a) al dentista?	Dentro del último año Hace más de un año Nunca		Nombre del Dentista _____
¿Hay algo más acerca de su hijo(a) que le gustaría que supiéramos? Si es así, explique.						
INFORMACION DEL PADRE O TUTOR LEGAL/FIRMA AUTORIZADA						
Nombre del Padre/tutor legal		(Apellido)		(Nombre)		
No. de Teléfono				Correo Electrónico		
Dirección			Ciudad			Código Postal
<input type="checkbox"/> SI , mi hijo(a) puede participar sin mi presencia. La participación es gratuita. Autorizo la facturación a Forward Health o a cualquier otra compañía de seguros. Si recibe una factura, póngase en contacto con CHS al número indicado arriba y no pague. Si decido revocar este consentimiento, debo presentar una nota por escrito explicando esto a CHS Seal-A_Smile.						
Firma del Padre/Tutor Legal					Fecha	
<input type="checkbox"/> NO, no incluya a mi hijo(a) (Por favor, háganos saber por qué para servirle mejor en el futuro).						
Historial de Salud						
Indique cualquier alergia que tenga su hijo(a)						
1. ¿Usa su hijo(a) medicamentos recetados por un doctor?						Si No
Lista de medicamentos						
2. ¿Necesita o recibe su hijo(a) más cuidados médicos que los otros niños(as) de la misma edad?						Si No
3. ¿ Tiene su hijo(a) problemas para hacer algo que la mayoría de los niños de la misma edad puedan hacer?						Si No
4. ¿ Necesita/recibe su hijo(a) terapia especial, como fisioterapia, terapia ocupacional o del habla?						Si No
5. ¿Necesita su hijo(a) consejería o tratamiento por problemas de conducta, problemas emocionales o retrasos para caminar, hablar o realizar actividades que otros niños de su misma edad pueden hacer?						Si No
Si marco que "sí" a una de las preguntas anteriores (1-5):						Si No
¿Ha durado o se espera que dure este problema por lo menos 12 meses?						