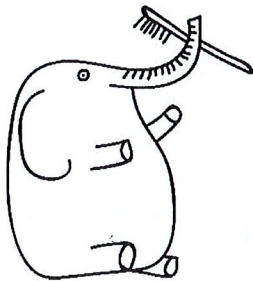


# Gratis Exámenes Dentales

## Programa de Evaluación Dental

Ofrecemos exámenes dentales en asociación con la Clínica Infantil IWS. Havlicek fue elegida para participar en este proyecto, que ofrece exámenes dentales en la escuela. **¡Todos los niños son elegibles para participar independientemente del estado del seguro!**



Para los niños que están en Kindergarten, segundo, sexto, y noveno grados es un requisito recibir un examen dental. Si inscribe a su niño para este programa cumple con el requisito. Usted recibirá una copia del examen dental después de nuestra visita.

Los niños elegibles cubiertos por Medicaid también recibirán una limpieza dental y barniz de flúor si han pasado 6 meses o más desde su última limpieza/flúor. Según la recomendación del dentista, los niños de Medicaid también calificarán para la colocación de sellador.

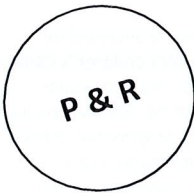
Si desea que su niño/a participe en este programa por favor llena el formulario de consentimiento detrás de esta página y devuélvela al maestro o el enfermera de su hijo/a.

Formulario de Permiso Debido:

**7 de enero**

La Revisión va a ocurrir el:

**13, 14, y 15 de enero**



**P: ¿Qué estudiantes son elegibles para participar en este programa?**

R: TODAS las estudiantes son elegibles.

**P: ¿Qué es un examen dental?**

R: Un examen dental evalúa la salud e higiene bucal de un individuo.

**P: ¿Este programa verifica la elegibilidad para el seguro?**

R: Sí. Esto nos muestra qué estudiantes son elegibles para limpieza, fluoruro y selladores.

**P: ¿Se facturará a las familias por este servicio?**

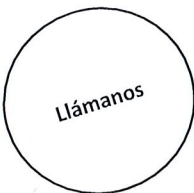
R: No se facturará a las familias directamente; sin embargo, facturamos a través de Medicaid ya que el 100 % de los servicios preventivos están cubiertos a través de planes de seguro.

**P: ¿Qué son los selladores dentales?**

R: Los selladores dentales son finas capas de plástico que se aplican a las superficies de masticación para ayudar a prevenir las caries.

**P: ¿Este programa trata las caries en el sitio?**

R: No. Si un estudiante tiene necesidades de restauración (caries, abscesos, encías inflamadas, etc.), lo derivaremos para una cita dental en el consultorio.



Si tiene alguna otra pregunta o preocupación relacionada con los selladores dentales, por favor llame a **Audrey Greffin** (708) 848-0528. Este programa no sustituye los consejos ni el cuidado de su profesional dental regular. Si su hijo/a no tiene una dentista, por favor llame **IWS Children's Clinic** al (708) 848-0528 para hacer una cita.  
Gracias.



Children's  
Clinic  
Oak Park River Forest  
Infant Welfare Society

## Formulario de consentimiento del Padre/Guardián para liberación de responsabilidad y consentimiento de tratamiento dental

Primer Nombre De Niño/A	Apellido De Niño/A
Raza	Fecha De Nacimiento
Edad	SEXO Masculino Femenino
Nombre De Padre O Guardián	Número De Teléfono
Profesor/A	Dirección
Escuela	Ciudad, Estado, Código Postal
¿Mi Hijo/A Es Elegible Para Almuerzos Reducidos? SÍ NO	Grado
¿Está su hijo inscrito en Medicaid? (Programa All Kids/ayudas públicas) SÍ NO número de identificación Será Cobrado	¿Su hijo está cubierto por un seguro privado? SÍ NO

Liberación de responsabilidad por el programa dental. Doy mi consentimiento para que la Clínica Infantil IWS, patrocinada por la Sociedad de Bienestar Infantil de Oak Park River Forest, proporcione atención dental a mi hijo. Por la presente libero, renuncio y libero a IWS Children's Clinic y Havlicek sus empleados y agentes, de cualquier responsabilidad hacia mí, mis representantes personales o familiares más cercanos por todos y cada uno de los daños, y cualquier reclamo o demanda hecha a causa de lesión o enfermedad dental resultante de los procedimientos dentales. He leído y comprendido este acuerdo y acepto voluntariamente todos sus términos y condiciones. Entiendo que la Clínica Infantil IWS proporciona estos procedimientos como un servicio público. Esta autorización caduca a los cinco años de esta fecha. Esto también otorgará permiso para que se realicen auditorías de garantía de calidad del IDPH y para que los proveedores regresen a su escuela para volver a revisar los selladores de su hijo dentro de los 365 días posteriores a la fecha del servicio. Este Programa de Servicios de Salud Dental fue proporcionado por la Clínica Infantil IWS. Los dentistas e higienistas dentales vendrán a la escuela de su hijo con equipos portátiles para realizar estos servicios. Para que su hijo participe plenamente, DEBE completar este formulario, FIRMAR a continuación y REGRESAR a la escuela de su hijo. **No devuelva este formulario si no está interesado en este servicio.**



Firma del padre / tutor:

Fecha:

### Historia Médica

Marca si su hijo/a tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

- Cardíaco
- Diabetes
- Epilepsia
- Problemas o enfermedades de la sangre
- Asma
- Alergia al Látex (Goma, Plástico)
- Alergias

Cuáles Alergias

Fecha de la última limpieza dental

Nombre del dentista familiar

¿Su hijo/a está tomando medicamentos? SÍ NO  
Cuales medicamentos:

¿Ha tenido su hijo/a lesiones en la boca, la cabeza o los dientes? SÍ NO