

Formulario de Consentimiento Parental

Si está interesado en obtener tratamiento de higiene dental para su hijo/a en la escuela con Brighter Smiles LLC, por favor indique su consentimiento completando este formulario y devolviéndoselo al maestro/a de su hijo/a.

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____

Autorizo que _____ sea evaluado/a por el Higienista Dental y reciba los servicios de higiene dental consistentes en exámenes, evaluaciones, limpiezas dentales, tratamientos con flúor, selladores, instrucción sobre higiene bucal, según sea necesario, mientras mi hijo/a esté matriculado/a en la escuela o hasta que revoque esta autorización. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación escrita de retiro de consentimiento a la escuela.

Dirección: _____

Aula: _____

Teléfono del Padre/Tutor: _____

Número de póliza de HUSKY: _____

Nos pondremos en contacto con usted para revisar este formulario antes de la atención y se enviará un informe a casa con su hijo/a el día del tratamiento. (Para aquellos sin seguro o con seguro privado, por favor envíenos un correo electrónico a brightersmiles860@gmail.com)

Historial médico: ¿Su hijo/a tiene antecedentes de alguno de los siguientes? Por favor marque sí o no.

Sí No ¿Alergia a algún medicamento o alimento? Si sí, por favor indique: _____

Sí No ¿Toma algún medicamento regularmente? (Incluyendo inhaladores) _____

Sí No ¿Problemas de salud crónicos tales como? (Por favor marque todos los que apliquen)

___Asma ___Convulsiones ___Anemia de células falciformes ___Problemas alimenticios

___Diabetes ___VIH/SIDA ___Dificultad de aprendizaje

___Trastorno de comportamiento ___Tuberculosis ___Cáncer o quimioterapia

___Sangrado anormal ___Trastorno del espectro autista

___Enfermedad cardíaca, soplo cardíaco o fiebre reumática, dispositivo médico implantado como desfibrilador o prótesis (cadera, rodilla). Si sí, ¿requiere medicamentos preventivos con antibióticos antes del tratamiento dental? Por favor incluya tipo y nombre del médico: _____

Sí No ¿Algún otro problema de salud que le gustaría que supiéramos? _____

Sí No ¿Ha tenido su hijo/a alguna dificultad con las visitas dentales en el pasado?

Sí No ¿Tiene su hijo/a alguna preocupación dental que le gustaría que supiéramos?

Sí No Usted se compromete a mantenernos informados sobre cualquier cambio en la salud de su hijo/a enviando un correo electrónico a brightersmiles860@gmail.com.

Sí No Brighter Smiles LLC me ha proporcionado su Aviso de Prácticas de Privacidad * (ubicado en el sitio web del distrito).

Sí No Usted autoriza que se dejen mensajes en el número de teléfono proporcionado anteriormente.

Nos pondremos en contacto con usted para revisar este formulario antes de la atención y se enviará un informe a casa con su hijo/a el día del tratamiento.

Nombre del padre o tutor (escriba en letra de imprenta): _____

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____