



El Distrito Escolar RE-3 del Condado de Morgan y Salud Family Health ofrecen atención dental preventiva en las escuelas. Un higienista dental colegiado examina a los estudiantes y recopila información (como radiografías y fotografías), que revisa un dentista y elabora un plan de tratamiento. El higienista dental puede aplicar selladores preventivos, barniz de fluoruro y realizar limpiezas dentales. Los padres reciben los resultados de la evaluación y serán notificados si se necesita atención de seguimiento. Si se requiere tratamiento dental más extenso, su hijo(a) deberá ser atendido(a) en una clínica dental de Salud o por su dentista familiar/pediátrico habitual.

Todos los niños pueden recibir atención dental, independientemente de si tienen seguro dental o de su capacidad de pago. Salud le facturará a Medicaid, CHP+ o Delta Dental si el niño tiene ese seguro. **Las familias NO tienen que pagar por ningún servicio**, ni por los copagos, deducibles o coseguros.

***Doy mi permiso y autorizo los siguientes servicios para mi hijo hasta dos veces al año:** ☐ **Sí** ☐ **No**

• Examen dental completo • Radiografías • Fotografías de sus dientes • Limpieza dental • Tratamiento de fluoruro • Selladores

Como parte de los requisitos de la Subvención Federal de Salud Family Health, ***estamos obligados a recopilar toda la siguiente información para que su hijo reciba los servicios.** "Tutor" se refiere al padre o tutor legal. **Por favor, use tinta negra o azul.**

***Apellido del niño:** _____ ***Nombre del niño:** _____

***Fecha de nacimiento del niño:** _____ ***Género del niño:** _____

***Escuela del niño:** _____ ***Grado:** _____ ***Maestro/a del niño:** _____

***Seguro dental del niño:** ☐ Medicaid ☐ CHP+ ☐ Delta Dental ☐ Otros/Ninguno **Número de póliza, si se conoce:** _____

***¿Su hijo ha ido al dentista en el último año?** ☐ Sí, con el Dr. _____ ☐ No

***Apellido del tutor:** _____ ***Nombre del tutor:** _____

***Fecha de nacimiento del tutor:** _____ ***Relación del tutor con el niño:** ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro

***Número de teléfono del tutor:** _____

***Dirección:** _____ ***Ciudad:** _____ ***Estado:** _____ ***Código Postal:** _____

***Ingresos familiares brutos estimados antes de impuestos:** _____ ☐ Mensual ☐ Anual

***Número de personas que viven en el mismo hogar:** _____ ***Etnicidad:** ☐ Hispano/Latino ☐ No-Hispano/Latino

***Raza:** ☐ Asiático ☐ Blanco ☐ Indio Americano ☐ Nativo de Hawái ☐ Negro o afroamericano ☐ Otro: _____

***Idioma principal:** ☐ Español ☐ Inglés ☐ Otro: _____

***En los últimos dos años, ¿usted o alguien de su familia ha tenido un trabajo manejando o transportando plantas, árboles o animales de granja?** ☐ Sí ☐ No **Si es así, ¿ha tenido que establecer un hogar temporal para hacer ese trabajo?** ☐ Sí ☐ No

***¿Alguien en tu familia se ha jubilado de trabajar con el transporte de plantas, árboles o animales de granja?** ☐ Sí ☐ No

***¿Actualmente su familia está sin vivienda?** ☐ Sí ☐ No ***¿Vive su familia en una vivienda pública?** ☐ Sí ☐ No

Una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad de Salud puede encontrarse en saludclinic.org. Este documento explica cómo se compartirá o mantendrá confidencialmente la información médica protegida. Yo declaro que he leído (o se me ha leído) el contenido de este formulario y que tengo acceso al Aviso de las Prácticas de Privacidad de Salud. Comprendo que si necesito más información o si tengo alguna pregunta puedo contactar a Salud Family Health a saludschools@saludclinic.org o 303-MYSALUD 303-697-2583. Comprendo que los resultados de la evaluación de mi hijo pueden ser compartidos con el profesional de la salud de su escuela. Autorizo a que la escuela pueda compartir con Salud la información demográfica. Yo creo que me han dado la información suficiente para dar mi autorización.

***Firma del padre/tutor legal:** _____ ***Fecha:** _____