Formulario de consentimiento dental escolar

¡Escanee para obtener más información sobre nuestro programa y para completar este formulario en línea!

Escuela del estudiante	Maestro del estudiante	Grado del estudiante

Estimado padre/madre/tutor:
El equipo odontológico de Community Health Center of Snohomish County ofrecerá revisiones de salud bucal (Smile Checks) y/o selladores y fluoruro en la escuela de su estudiante sin costo para usted. Un dentista examinará los dientes de su estudiante y determinará cuáles dientes necesitan sellador. Los selladores y el fluoruro ayudan a prevenir las caries y son recomendados por la Asociación Dental Estadounidense. Complete todo este formulario y fírmelo para que podamos brindar servicios de atención médica de alta calidad para su estudiante. Si tiene más de un estudiante, complete un formulario por cada niño. Su escuela anunciará las próximas fechas en las que estaremos en el lugar. **Este consentimiento seguirá activo durante el año escolar, a menos que se revoque explícitamente por escrito.**

Apellido del estudiante	Primer nombre	Inic. 2.º nombre

Fecha de nacimiento MM/DD/AAAA / /	Edad	Género □ Masculino □ Femenino □ Otro:

Dirección	Ciudad	Código postal

Consentimiento para completar: Marque la casilla "Sí" para los tratamientos que autoriza y la casilla "No" para los que NO autoriza. **Las revisiones de salud bucal (examen de detección visual) se realizarán en otoño y primavera y son necesarias para recibir selladores o fluoruro.** Los selladores se brindarán en función de la edad del paciente y los resultados de la prueba de detección.

Revisión de salud bucal *Requerido para los servicios que se detallan a continuación*	☐ Sí	☐ No
Selladores	☐ Sí	☐ No
Barniz de fluoruro	☐ Sí	☐ No

Proporcione la siguiente información

<u>Todos los estudiantes son elegibles. El servicio no tiene costo para su familia.</u> Se facturará al seguro cuando corresponda, pero ningún estudiante ni familiar pagará por los servicios ni recibirá una factura.

☐ Washington Apple Health: Por favor, indique **el número de Provider One** de su estudiante:_____

☐ Seguro dental privado* (Ej: Delta, BlueCross):

N.° de ID		N.° de grupo	
Nombre del suscriptor		Fecha de nacimiento del suscriptor	

**Cualquier cargo puede aplicarse a los límites anuales de beneficios*

☐ Sin seguro ☐ Me gustaría que un miembro del personal de CHC se pusiera en contacto conmigo para brindarme apoyo con la inscripción en el seguro.

Mediante mi firma, autorizo a CHC del condado de Snohomish a que mi estudiante reciba una revisión de salud bucal (examen de detección odontológico) y los tratamientos indicados anteriormente:

Nombre de padre/madre/tutor en letra de imprenta	Número de teléfono ( ) ---
Firma de padre/madre/tutor	Fecha de hoy MM/DD/AAAA / /

Formulario de consentimiento dental escolar

Entiendo que, según la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA), tengo derecho a la privacidad con respecto a mi información médica protegida (registros médicos y odontológicos). Entiendo que CHC of Snohomish County puede comunicarse conmigo sobre recordatorios de citas, opciones de tratamiento, resultados de pruebas u otros beneficios y servicios relacionados con la salud a través de una llamada telefónica, mensaje de texto, correo electrónico o correo de voz. Por el presente documento, reconozco que tengo acceso al **Aviso de prácticas de privacidad de CHC antes de firmar el consentimiento en cualquier momento comunicándome con: Community Health Center of Snohomish County, 8609 Evergreen Way, Everett, WA 98208, por teléfono (425) 789-3700 o en el sitio web** www.chcsno.org**.**

Para brindar la mejor atención posible, también solicitamos información demográfica. Usted tiene derecho a negarse a responder estas preguntas. Sus respuestas no se entregarán ni utilizarán para fines distintos a la recolección de información demográfica general para atender mejor a nuestros pacientes y nuestra comunidad.

¿Cuál es su raza u origen familiar?	❑ Indígena americano o nativo de Alaska ❑ Indio asiático ❑ Negro o afroamericano ❑ Chino ❑ Prefiere no responder ❑ Filipino ❑ Guameño o chamorro ❑ Japonés	❑ Coreano ❑ Más de una raza ❑ Nativo de Hawái ❑ Otros asiáticos ❑ Otro isleño del Pacífico ❑ Otra raza ❑ Samoano ❑ Vietnamita ❑ Blanco
¿Cuál es su origen étnico?	❑ Chicano ❑ Cubano ❑ Prefiere no responder ❑ Origen hispano, latino o español ❑ Origen hispano, latino o español combinado	❑ Mexicano ❑ Mexicano estadounidense ❑ No es de origen hispano, latino ni español ❑ Otro ❑ Puertorriqueño ❑ Desconocido
¿Cuál es el idioma preferido de su estudiante?	☐ Inglés ☐ Español ☐ Ruso ☐ Árabe	☐ Ucraniano ☐ Vietnamita ☐ Otro: _____
¿Usted o su estudiante necesitan un intérprete? CHC ofrece servicios de interpretación gratuitos.	**Estudiante** ☐ Sí ☐ No	Idioma: _____
	Padre/madre/tutor ☐ Sí ☐ No	Idioma: _____
¿Cuál es la situación de su vivienda?	❑ Alquilo o soy propietario de una casa, apartamento, condominio, etc., o comparto una residencia por elección propia ❑ Me estoy quedando con amigos y/o familiares temporalmente porque no puedo pagar un alquiler o encontrar una vivienda asequible ❑ Me estoy quedando en un motel/hotel o en una residencia de transición ❑ Estoy viviendo en un refugio ❑ Estoy viviendo en la calle o en mi coche ❑ Tengo una vivienda permanente que incluye servicios de apoyo para personas que salen de la situación de calle	
En los últimos dos años, ¿el trabajo agrícola de temporada o de migrante ha sido la principal fuente de ingresos de usted o de su familia?	❑ Sí, de temporada ❑ Sí, de migrante ❑ No/ninguno	
¿Cuál es el ingreso mensual de su hogar? $		Número total de personas en el hogar: