

2018-19 CONSENTIMIENTO ESCOLAR DE SERVICIOS DENTALES

Spanish

La Escuela de su estudiante ha organizado para que los servicios dentales se proporcionen en la escuela durante el día escolar. Servicios son proporcionados por la Clinica Dental de la ayuda publica de Champaign-urbana..

Es sin costo para usted.

Los servicios incluyen chequeos dentales, limpiezas, fluoruro y selladores dentales para prevenir las caries.

Por favor complete el consentimiento debajo. El odontólogo enviará informes con su hijo después de cada visita. Su hijo debe ver a un dentista cada 6 meses. Si usted necesita a un dentista o tiene alguna pregunta, por favor llame:

(217) 531-4279

IMPRIMIR y usar una pluma de tinta

Nombre de estudiante _____ fecha nacimiento _____

NOMBRE ESCUELA _____ GRADO _____

_____ FEMENINO _____ MASCULINO _____ OTRO

RASA:

ETNICIDAD:

_____ INDIO AMERICANO / NATIVO DE ALASKA

_____ HISPANO

_____ ASIATICO

_____ NO-HISPANO

_____ NEGRO / AFROAMERICANO

_____ DESCONOCIDO

_____ LAS HAWAI U OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO

_____ BLANCO

_____ DESCONOCIDO

PADRE O TUTOR LEGAL:

NOMBRE _____ CORREOELECTRONICO _____

DIRECCION _____ APT# _____ CIUDAD _____ CODIGOPOSTAL _____

NUMERO DE TELEFONO _____ OTRO NUMERO _____

ASEGURANSA:

_____ NINGUNO _____ IL MEDICAID _____ BLUE CROSS _____ HARMONY _____ ILLINICARE

_____ MERIDIAN _____ MOLINA _____ OTRO: _____

VOLTEAR LA FORMA Y COMPLETAR EL OTRO LADO

HISTORIAL MEDICO

_____ NO HAY CONDICIONES MÉDICAS CONOCIDAS

_____ PROBLEMAS AUDITIVOS

_____ ADD, ADHD O RELACIONADOS CON

_____ CIRUGÍA DEL CORAZÓN O ENFERMEDADES

_____ SIDA O VIH POSITIVO

DEL CORAZÓN TIPO: _____

_____ ASMA; ¿USA EL INHALADOR? ____ SÍ ____ NO

_____ DESABILIDAD MENTAL _____

_____ TRASTORNOS DE SANGRADO O SANGRE

_____ DESABILIDAD FISICA

TIPO: _____

TIPO: _____

_____ PROBLEMAS DE PRESIÓN ARTERIAL

_____ EMBARAZADA

_____ HIGH _____ LOW _____

_____ ANEMIA EN LA CELULAS DE LA SANGRE

CANCER; TIPO: _____

_____ TUBERCULOSIS

_____ DIABETES; TIPO: _____

_____ OTRO: _____

_____ EPILEPSIA O CONVULSIONES

MEDICAMENTOS, SUPPLIMENTOS, MULTIVITAMINAS

_____ NINGUNO, O LISTE: _____

ALERGIA

_____ NINGUNO, O LISTE: _____

"A mi mejor conocimiento, las preguntas en este formulario han sido respondidas con precisión. Entiendo que al proporcionar información incorrecta puede ser peligroso para la salud de mi hijo y entiendo que es mi responsabilidad contactar al proveedor dental en (217) 531-4279 con cualquier cambio en la condición médica de mi hijo.

Al firmar este formulario, doy mi permiso al distrito de salud pública de Champaign-Urbana (CUPHD) programa Dental para tratar a mi estudiante en la escuela durante el año de la escuela de 2018-19 y también verificar que entiendo HIPAA y mis derechos de privacidad han recibido copias si tengo les pidió. Esto también dará permisos por el Illinois Departamento de salud pública aseguramiento de auditorías de calidad a realizar y el permiso para escuela de mi estudiante proporcionar información de contacto adicional para mí a CUPHD según sea necesario para discutir el tratamiento dental."

PADRE O TUTOR LEGAL FIRMA _____ DE FECHA _____

----- para uso de oficina solamente -----

DENTIST'S SIGNATURE _____ DATE _____

CHART # _____ ELIGIBILITY _____