

Smart Mouths

Smart Kids

Improving Dental Health for Colorado Students

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PADRES PARA LA EVALUACIÓN DENTAL Y EL TRATAMIENTO LIMITADO

Estimado(a) Padre/Madre/Tutor(a):

Smart Mouths Smart Kids ("SMSK") es un servicio dental gratuito que se va a proporcionar en la escuela de su hijo(a). Si proporciona su consentimiento informado para que su hijo(a) participe, una higienista dental evaluará los dientes de su hijo(a). Ella va a limpiar los dientes de su hijo(a), y los cepillará con barniz de flúor para proteger los dientes de las caries, si es necesario. Revisará los dientes posteriores de su hijo(a) y decidirá si necesitan selladores. Los selladores son revestimientos de plástico que protegen los dientes contra las caries.

La higienista le enviará un formulario a casa con su hijo(a), en el cual le informará si su hijo(a) tiene algún problema dental y cómo contactar a un dentista en su área, para que pueda ver a su hijo(a) a fin de proporcionarle atención dental.

Si desea que su hijo(a) participe en este programa, por favor complete los espacios en blanco:

PRIMER nombre de su hijo(a): _____

APELLIDO de su hijo(a): _____

Femenino _____ Masculino _____

Fecha de nacimiento: Mes _____ Día _____ Año _____

Dirección: _____

Nombre de la escuela _____

Maestro(a) _____

Puede responder a esta pregunta si lo desea, pero no está obligado a hacerlo. Esta información sólo se utilizará para determinar que un grupo diverso de estudiantes está participando en SMSK.

Grupo étnico:

___ Blanco

___ Hispano/Latino

___ Afroamericano

___ Asiático, Nativo estadounidense o nativo de Alaska

___ Hawaiano nativo o isleño del Pacífico

___ Otro

¿Su hijo ha tenido?:

Alergias

___ Sí ___ No

En caso afirmativo, especifique _____

Asma

Sí
 No

Problemas cardíacos

Sí
 No

En caso afirmativo, explique _____

Ataques o convulsiones

Sí
 No

Alergia al látex

Sí
 No

¿Otros problemas graves de salud?

Sí
 No

En caso afirmativo, explique _____

¿Cuál es el nombre del doctor de su hijo(a)? _____

¿Tiene seguro dental privado?

Sí
 No

Nombre de la compañía de seguro _____

Número de póliza de seguros _____

¿Su hijo(a) tiene Medicaid?

Sí
 No

Número de identificación de Medicaid _____

¿Su hijo(a) tiene CHP+?

Sí
 No

Número de identificación de CHP+ _____

¿Su hijo(a) va al dentista?

Sí
 No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el nombre del dentista? _____

¿Cuándo fue la última vez que su hijo(a) fue al dentista?

- Hace menos de 1 año
 De 1 a 2 años
 Hace más de 2 años
 Nunca

- He leído toda la información de este formulario, o me la han leído en un idioma que entiendo.
 Entiendo que una higienista dental con licencia llevará a cabo un examen dental a mi hijo(a). La higienista también aplicará barniz de flúor y selladores si mi hijo(a) los necesita.
 Recibiré un formulario que explica lo que hizo la higienista y de qué manera puedo obtener atención de seguimiento para mi hijo(a).
 Entiendo que la higienista se basará en la información que le he proporcionado anteriormente con el fin de proporcionar tratamiento dental a mi hijo(a). Toda la información que he proporcionado es correcta.
 Soy el padre o la madre de mi hijo(a) por nacimiento o adopción, o el tutor legal designado por el tribunal del menor y tengo la autorización para otorgar el consentimiento para el tratamiento dental para mi hijo(a).
 Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) reciba el tratamiento dental antes descrito.

Firma/Fecha _____

Nombre en letras de imprenta _____

Número de teléfono _____

Madre Padre Tutor legal

MARQUE UNO:

- Doy mi permiso
 No doy mi permiso

para SMSK y para que la escuela de mi hijo(a) utilice las fotografías de mi hijo(a) para promover el programa SMSK.