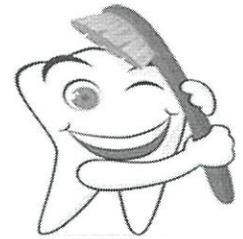
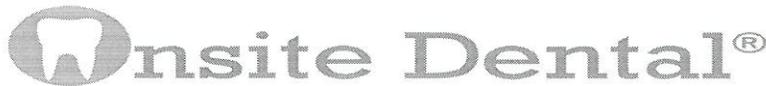


POR FAVOR,  
MARQUE



SI  
 NO

PORFAVOR ENTREGUE MANANA

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA LA REVISIÓN DENTAL

Estimado Padre o Tutor: -ONSITE DENTAL se ha asociado con su escuela local para organizar los servicios dentales preventivos para los niños elegibles. Estos servicios pueden incluir un examen, limpieza, tratamiento con flúor, selladores (una capa protectora en las superficies masticadoras de las muelas) y educación dental. Los dentistas certificados, higienistas y asistentes irán a la escuela de su niño con equipo dental portátil durante el día escolar. Para que su niño reciba estos servicios usted debe proporcionar toda la información solicitada abajo y firmar en el área indicada. A partir de Agosto 2015 algunos medicaid planes solamente cubren limpiezas y tratamientos de floruro una vez cada seis meses, independientemente de su lugar de servicio.

*Si a usted no le interesa este programa, por favor escriba solamente el nombre de su niño y su fecha de nacimiento y marque "NO" en la parte superior de este formulario.*

Nombre del Niño: (apellido, nombre)		Masculino __ Femenino __	Fecha de Nac.: (MM/DD/AAAA)
Teléfono de casa:	Teléfono celular:	Teléfono de trabajo:	
Correo electrónico: _____@_____			
<small>por favor imprima ordenadamente</small>			
Dirección:	Ciudad:	C.P.:	Paíz:
Escuela:	Grado:		
Maestro:	Idioma Preferido:		

**¿Tiene su niño algo en su historial médico que pudiera complicar su tratamiento dental?**

¿Califica su niño para comidas gratis o a precio reducido? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_

¿Está su niño inscrito en el Programa "ALL KIDS" (Ayuda Pública/Medicaid/Kid Care)? SÍ \_\_\_ NO \_\_\_

**Si es sí, por favor incluya el número de identificación en la tarjeta médica de su niño:**

**¿Tiene su niño cobertura dental con un seguro privado? SÍ \_\_\_ No \_\_\_**

*Para obtener información sobre cómo usar un seguro dental privado, visite nuestra página web [www.onsite-dental-services.com](http://www.onsite-dental-services.com)*

Al firmar este formulario, usted autoriza el tratamiento de su niño por uno de los proveedores mencionados en la lista. Su firma también verifica que usted ha leído los formularios proporcionados acerca de HIPAA. Esto también autoriza: la auditoría IDPH QA, que los proveedores regresen a su escuela y vuelvan a revisar los selladores dentales de su niño y que la escuela revele su información de domicilio y telefónica como sea necesario a: Onsite Dental. Yo en tienda que los planes de Medicaid solo podran cubrir limpiezas y tratamientos de floruro cada seis meses independientemente de su lugar de servicio. Esta autorización se vencerá a los 24 meses después de la fecha de la firma. Por la presente autorizo el pago de prestaciones dentales por los servicios descritos. Doy mi permiso para que el doctor presente formularios de reclamación de prestaciones de seguro en mi nombre y en representación mía, de mi cónyuge y/o de mi hijo(a) menor de edad.

Firma:	Fecha:
¿Es usted legalmente responsable de este niño? SÍ No	Parentesco: