

Patient Name:

DOB:

MR #:

Access Community Health Centers  
2901 West Beltline Highway, Ste 120, Madison, WI 53713  
**HOJA DE PERMISO PARA BARNIZ DE FLOURURO**



Access Community Health Centers

Index to Patient Participation Agreement

Fecha: \_\_\_\_\_

Celebrate Smiles es un programa que ofrece servicios dentales gratuitos para todos los niños de 4K a 8vo grado. Este programa está dirigido por Access Community Health Centers con el apoyo de socios comunitarios.

**Servicios**

Todos los servicios seguirán las recomendaciones de la Asociación Dental Americana y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades para programas dentales basados en la escuela. Un proveedor dental con licencia vendrá a la escuela para proporcionar:

- tratamiento de fluoruro
- instrucciones de como cepillarse los dientes y
- evaluación para servicios dentales.

**Hacer un seguimiento**

Una carta de seguimiento se le enviará a casa para describir que fue lo que se le hizo y cuáles son las recomendaciones necesarias para el futuro. Este permiso es efectivo por 18 meses para poder aplicar de 2 a 3 tratamientos de fluoruro.

Apellido del niño/a	el primer nombre del niño	Fecha de Nacimiento
Nombre de Maestro/a		Grado
Marque uno: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> X		

**SI**, quiero que mi hijo/a participe en el programa de prevención dental basado en la escuela y autorizo a Forward Health o cualquier otra compañía de seguro médico para ser facturado por los servicios. Autorizo a la escuela para compartir el Número de Identificación de Estudiante de Wisconsin con el programa basado en la escuela. *Por favor continúe llenando el resto del formulario y regréselo a la escuela de su hijo/a.*

**NO**, quiero que mi hijo/a participe en el programa de prevención dental basado en la escuela. *Firme y regrese a la escuela de su hijo/a. ¿Razón por no participar?* \_\_\_\_\_

**¿Cuál es el seguro DENTAL que su hijo/a tiene?** Ningún niño será negado el servicio debido a su cobertura de seguro

- Forward Health/Medicaid/BadgerCare   
  Seguro Privado (i.e., Delta, Cigna)   
  Sin Seguro  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Etnicidad** (seleccione uno):     Hispano     No Hispano     Desconocido

**Raza** (seleccione una):

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro/African American
<input type="checkbox"/> Asiático American	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> Hawaiano/Islas del Pacifico	<input type="checkbox"/> Desconocida/Sin Respuesta

Patient Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

MR #: \_\_\_\_\_

Access Community Health Centers  
2901 West Beltline Highway, Ste 120, Madison, WI 53713  
**HOJA DE PERMISO PARA BARNIZ DE FLOURURO**

Index to Patient Participation Agreement

**Por favor conteste las siguientes preguntas sobre su hijo/a:**

1. ¿Su hijo/a tiene algún tipo de alergia? (ej. medicinas, comidas, látex, etc.)  Sí  No

**Si es así, ¿qué tipo?** \_\_\_\_\_

2. ¿Su hijo/a ha visto un dentista?  Si, dentro del año  Si, hace más de un año  Nunca

Nombre del dentista: \_\_\_\_\_

3. ¿Su hijo/a toma medicina recetada por doctor/a?  Sí  No

**Si es así, ¿cuál?** \_\_\_\_\_

4. ¿Su hijo/a necesita o utiliza más cuidados médicos que otros niños de su misma edad?  Sí  No

5. ¿Su hijo/a tiene problemas para hacer cosas que la mayoría de los niños de su misma edad hacen?  Sí  No

6. ¿Su hijo/a necesita o recibe terapia especial, tales como terapia física, ocupacional o del habla?  Sí  No

7. ¿Su hijo/a necesita concejería o tratamiento por problemas de comportamiento, problemas emocionales o retraso para caminar, hablar u otras actividades que otros niños de su misma edad pueden hacer?  Sí  No

**Si usted selecciono "SI" para cualquiera de las preguntas anteriores (3-7):**

¿El problema ha durado o espera que dure al menos 12 meses?  Sí  No

¿Hay alguna otra cosa que usted quiera que sepamos sobre su hijo/a?

Firma del Paciente/Representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Si lo firma una persona distinta al Paciente, escriba el nombre en letra de molde y establezca la relación y la autoridad para hacerlo.

Nombre en Letra de Molde: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

- El paciente es:  Menor de edad (Minor)  Incompetente/Incapacitado (Incompetent/Incapacitated)
- Autoridad Legal:  Tutor Legal (Legal Guardian)  Padre/Madre de un Menor (Parent of Minor)
- Agente de Cuidados Médicos (Health Care Agent)  Otro: \_\_\_\_\_ (Other)

Reviewed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

*\*El tratamiento que su hijo/a reciba en el programa no es una alternativa como cuidados dentales regulares. Aun se recomienda que usted busque un dentista (dentista para la familia) para sus cuidados dentales de rutina incluyendo cuidados de seguimiento el cual puede ser recomendado después que su hijo/a haya completado el programa de salud oral basado en la escuela.*