

# Community Dental Care's School-Based Sealant Program Dental Sealants at School

**POR FAVOR DE REGRESAR ESTA FORMA  
ANTES DE:**

En la escuela de su hijo (a) se ofrece un programa de selladores dentales. Un grupo dental estará colocando capas finas de plástico sobre las superficies de masticación. Se hará una evaluación, para determinar si su hijo(a) necesita sellantes. Fluoruro y limpieza dental pueden ofrecerse a los estudiantes que participan. Un informe se enviará a su casa con los resultados de la evaluación, servicios y una referencia a una clínica dental, si es necesario. Selladores colocados pueden ser evaluados 2-24 meses después de la aplicación y volver a aplicarlos si es necesario.

Para mantener una buena salud dental, su hijo(a) debe recibir un examen dental realizado por un dentista al menos una vez al año. Esta evaluación no reemplaza el lugar de un examen dental. Todavía durante un pandemia, es importante a ver un dentista. El personaje sigue las instrucciones de COVID-19 desde los centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC).

**SI, quiero que mi hijo(a) reciba SELLANTES!**

Esta forma de consentimiento es necesaria para participar en el programa y necesita ser completada.

**NO, no quiero que mi hijo(a) reciba SELLANTES!**

*Si no desea que su hijo(a) participe, escriba el nombre de su hijo(a) en la línea de abajo. Firme la parte de atrás y regrese al maestro de su hijo(a).*

**Nombre de estudiante:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN GENERAL:** Conteste las siguientes preguntas sobre la historia médica e información personal del estudiante.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ MASCULINO \_\_\_

FEMENINO \_\_\_

ESCUELA: \_\_\_\_\_ MAESTRO(A): \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELEFONO: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

RAZA/ETNICO: \_\_\_\_\_

Mi hijo(a) toma el autobus \_\_\_\_\_ Camina a la/de la escuela \_\_\_\_\_ Mi hijo(a) se queda despues de clase \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MEDICO:** (ELIJA SI o NO)

- ¿Su hijo(a) está bajo el cuidado de un médico por un problema de salud o enfermedad? **SI/NO**  
Si Eligio **Sí**, por favor explique \_\_\_\_\_
- ¿Esta su hijo(a) actualmente tomando algún medicamento? **SI/NO**  
Si Eligio **Si**, escriba la lista de medicamentos \_\_\_\_\_
- ¿Su hijo(a) a tenido algún problema de salud grave? **SI/NO**  
Si Eligio **SI**, cuando fue la fecha del incidente \_\_\_\_\_
- ¿Su hijo(a) tiene algún tipo de alergias? **SI/NO**  
Si Eligio **Si**, por favor explique \_\_\_\_\_

**Completen el Lado Trasero**

- ¿Su hijo(a) visita a una clínica dental donde recibe exámenes dentales regularmente? **SI/NO**  
 ¿Cuándo fue la última visita al dentista? \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO:** Ningún pago es necesario. Programas de salud de Minnesota y otras aseguranzas ayudan a cubrir los costo del programa.

- Mi hijo(a) está cubierto por uno de los programas de Asistencia Médica de Minnesota. Seleccione el nombre del plan de seguro médico.**



ID #/# de Miembro \_\_\_\_\_ PMI#(Health Partners/DentaQuest/UCare) \_\_\_\_\_

- Mi hijo(a) tiene otro plan de seguro dental que no se menciona arriba:**

Nombre del plan \_\_\_\_\_ Nombre de la persona del plan \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de la persona encargo del plan \_\_\_\_\_ Número de identificación del plan \_\_\_\_\_

Número de grupo \_\_\_\_\_ Número telefónico de la seguridad \_\_\_\_\_

- Mi hijo(a) no tiene seguro dental. Me gustaría que el costo de los sellantes sea cubierto por las becas.**

**Contacto de Emergencia:** Escriba el nombre y el número de teléfono de la persona que debemos de contactar en caso de una emergencia.

Nombre: \_\_\_\_\_ Número telefónico: \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

### CONSENT TO TREATMENT

Doy permiso al Programa de Sellantes Basado en las Escuelas y a Community Dental Care para proveer exámenes dentales y servicios de Prevención incluyendo la limpieza dental, tratamiento de fluoruro y sellantes dentales; para cobrar el pago de asistencia médica o seguros privados; permitir que el dentista obtenga los registros dentales de mi hijo(a), para permitir que la enfermera de la escuela obtenga los registros dentales de mi hijo(a) y utilizar los registros dentales para el propósito de tratamiento y de facturación; y de ponerse en contacto conmigo para proporcionar información de salud sobre el tratamiento, el pago de mi seguro, o de mi cuenta.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que mi hijo(a) participe en el Programa de Sellantes Basado en las Escuelas. He recibido una copia de Aviso de Prácticas Privadas de Community Dental Care. Estoy consciente de que una copia de Notificación de Prácticas de Privacidad también está disponible en la oficina de la enfermera de la escuela. Entiendo que el personaje no puede mantener una distancia de seis pies. El consentimiento es válido por 24 meses para poder proporcionar servicios de seguimiento.

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si tiene más preguntas sobre el programa de Sellantes Basado en las Escuelas de Community Dental Care, favor de llamar al 651-478-4703 y pida hablar con Kali Tiernan la gerente del programa de sellantes.

