

BLUE RIDGE– FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE DETECCIÓN DENTAL CENTRO DE SALUD ESCOLAR

Dirección: 2595 Chimney Rock Road, Hendersonville, NC 28792

Teléfono: 828.692.4289 ext. 2258 Fax: 828.696-1552



**POR FAVOR COMPLETE Y DEVUELVA ESTE FORMULARIO AL SIGUIENTE DÍA DE CLASES**

Para preparar a su hijo para aprender, es importante que consulte con un dentista regularmente. Esto asegurará que su hijo se mantenga saludable y evitará dolores de muelas, caries y otros problemas relacionados con la odontología. Si está interesado, su hijo ahora tendrá la oportunidad de recibir un **Evaluación dental (lo que incluye radiografías digitales e imágenes intraorales), limpieza, flúor y selladores** a través de nuestro programa dental móvil en los centros de salud escolares. **Si su hijo ya tiene un dentista, no hay necesidad de completar este formulario. Su hijo debe continuar coordinando su atención con ese dentista.** El autobús dental de Blue Ridge Health vendrá a la escuela de su hijo durante el año escolar. Este consentimiento es efectivo durante todo el año escolar. Después de la visita de su hijo, su hijo recibirá una declaración de salida para llevar a casa que enumera los servicios realizados y cualquier información adicional. Si su hijo necesita atención dental adicional realizada por el dentista, se le contactará individualmente.

Se necesita un formulario separado para cada uno de sus hijos. Si tiene preguntas, llame a uno de los números enumerados anteriormente.

**Pacientes dentales de cualquier ubicación de Blue Ridge Health: Stokes, Collins, Rutherford, Brevard se consideran pacientes de registro de este programa escolar.**

NOMBRE DEL PACIENTE/NIÑO \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO \_\_\_\_\_ GRADO \_\_\_\_\_ GENERO \_\_\_M\_\_\_ F -TELÉFONO \_\_\_\_\_

MAESTRO(A) \_\_\_\_\_ ESCUELA \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ CIUDAD \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL SEGURO DENTAL (SELECCIONAR UNO):

\_\_\_ MEDICAID / NC Health Choice Número ID \_\_\_\_\_

\_\_\_ PÓLIZA DE SEGURO DENTAL/Número de identificación \_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_

\_\_\_ NO TIENE SEGURO DENTAL

\* INFORMACIÓN DEL HISTORIAL DE SALUD • ¿Alguna vez su hijo ha tenido uno de los siguientes problemas?: (Por favor, verifique todos los que correspondan) \_\_\_ Diabetes \_\_\_ Asma \_\_\_ Problemas de conducta \_\_\_ Anemia \_\_\_ Anemia falciforme \_\_\_ Otro (Explique) \_\_\_\_\_

¿Su hijo es alérgico a algún alimento o medicamento? Si es así, por favor especifique \_\_\_\_\_

¿Su hijo está tomando algún medicamento actualmente? Si es así, por favor especifique \_\_\_\_\_

¿Su hijo es alérgico a? \_\_\_ Látex \_\_\_ Acrílico/Plástico

¿Su hijo tiene algún dolor dental? \_\_\_ Yes \_\_\_ No En caso que sí, ¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**PADRE o TUTOR LEGAL DEBE FIRMAR ANTES DE QUE EL NIÑO PUEDA PARTICIPAR** Al firmar a continuación, el padre o tutor legal dice Sí, autorizo a un higienista capacitado en salud pública con licencia bajo la autorización de un dentista con licencia estatal de Carolina del Norte con Blue Ridge Health para que lleve a cabo un evaluación dental en mí hijo, radiografías, imágenes intraorales, limpieza, flúor y selladores en su escuela sin mi presencia a menos que retire el consentimiento. El servicio de atención dental se proporciona para niños con Medicaid, seguro privado o aquellos sin cobertura de seguro. Los servicios no son gastos de bolsillo y se cobran directamente a Medicaid o al proveedor de seguros privados. Si su hijo ya ve a un dentista de manera regular, el padre o tutor debe continuar organizando la atención dental a través de ese proveedor. El tratamiento de su hijo a través de este programa dental móvil puede afectar los beneficios de su seguro dental (como con cualquier consultorio dental), ya que los servicios de tratamiento se facturarán a su proveedor de seguro dental.

➤ POR FAVOR FIRME AQUÍ: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

➤ RELACIÓN CON EL NIÑO: \_\_\_\_\_