

Selladores Dentales y Mas
Programa Dental de niño/niña Escolarmente Basado
Forma de permiso

Favor de imprimir en tinta

Nombre de niño/niña(imprima) _____ fecha de nacimiento _____ M____ F____
Fecha: _____ valido solamenta para año escolar actual
maestro(a) _____ Grado _____ Aula _____

Estimado Padre o guardián:

Su niño/niña debe tener los requisitos, usted debe llenar toda la información y firmar en el área designada para recibir estos beneficios.

usted es elegible si esta matriculado en el programa "All-Kids, si recibe almuerzo gratis o a precio reducido, o si está asegurado por el Departamento de Salud y Servicios de Familia de Illinois.

- Su niño/ niña esta matriculado en el programa "All-Kids"? Si _____ No _____
- Su niño/ niña recibe almuerzo gratis o a precio reducido? Si _____ No _____
- Su niño/ niña está asegurado por el Departamento de Salud y Servicios de Familia de Illinois? Si _____ No _____

Número de identificación (si tiene) _____ - 9 dígitos en el reverso de la tarjeta Medi-Plan

Su niño/niña tiene alguna condición médica que requiere premedicación con un antibiótico antes del tratamiento?
Si _____ No _____

si su respuesta es sí – favor de explicar _____

Su niño/niña ha tenido alguna historia o condición relacionada con cualquiera de los siguientes?

- Alergia al látex
- El asma u otra alergia — si su respuesta es sí, favor de explicar _____
- experiencia negativa respuesta al tratamiento dental anterior
- Cirugía previa para cualquier condición
historia de cirugías previas _____

| | | |
|-----------------------|-----------------|-------------------------------------|
| anemia | diabetes | articulación artificial |
| desorden de la sangre | dolores de oído | enfermedad cardíaca congénita |
| epilepsia | convulsiones | historia de endocarditis bacteriana |
| enfermedad renal | | válvula de corazón artificial |

Otras condiciones médicas _____

Lista de todos los medicamentos que está tomando _____

Nombre de Padre o guardián (imprima) _____ Teléfono _____

Ciudad _____ Código postal _____

Yo soy el padre o guardián legal del menor mencionado anteriormente y doy permiso para que mi niño/niña participe en este programa. También doy permiso para divulgar la información obtenida en este examen sólo con las

organizaciones necesarias para realizar la facturación correspondiente y / o para cumplir con los requisitos de la estadística de Illinois y el distrito escolar local. También doy permiso para compartir información con aquellos que pueden proporcionar un tratamiento adicional.

Un representante de HFS o Dentalquestl de Illinois podrá regresar a su escuela para comprobar la retención de los selladores de su niña/niño

Padre/ guardián _____ **fecha** _____
debe firmar

Padre/ guardian deberá firmar para que el niño/niña participe