

Programa Gratis de Sellantes Dentales – Condado de Washington

Estimado Padre/Tutor:

Se les ofrece un programa dental **gratis** para estudiantes de 3^{er} y 6^o año en la escuela de su hijo(a). Un dentista local examinará los dientes de su hijo(a) para decidir si hay dientes que necesitan tratamiento de sellantes. Los dientes que necesitan tratamiento de sellantes recibirán un sellante plástico. Los sellantes ayudan a prevenir las caries dentales porque sellan el diente y no permite que la comida ni las bacterias piquen los dientes. **Este tratamiento de sellantes no debe reemplazar los exámenes regulares con su dentista familiar.**

* **SÍ.** Quiero que mi hijo(a) reciba el examen dental y los sellantes si sean necesarios. Yo he recibido una copia del Notice of Privacy Practices Act (Aviso de Privacidad y Confidencialidad) **(Favor de llenar esta hoja completamente. Le mandaremos una carta después a la casa. Las respuestas que Ud. apunte a continuación se guardarán como confidenciales.)**

* **NO.** *No quiero* que mi hijo(a) reciba el examen dental ni los sellantes. **(Favor de llenar sólo el nombre del niño(a) y firme la hoja.)**

Nombre del estudiante _____

Nombre

Segundo Nombre

Apellido

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

Masc. ____ **Fem.** ____

Escuela _____ **Maestro(a)** _____ **Grado** _____

Dirección _____ **C.P.** _____ **Tel. de la Casa** _____



Padre/Madre o Tutor _____ **Fecha** ____ / ____ / ____
(La Firma)

Favor de escribir con letra de molde el nombre de la persona que firmó esta hoja: _____

HISTORIAL DE SALUD

1. ¿Actualmente su hijo(a) está bajo el cuidado medico de algún médico? **SÍ / NO**
2. ¿Su hijo(a) toma medicinas actualmente? **SÍ / NO**
3. ¿En algún momento su hijo(a) ha tenido una reacción alérgica? **SÍ / NO**

Favor de explicar las respuestas que marcó "SÍ": _____

*Si Ud. tiene aseguranza particular por parte de su trabajo (una aseguranza por una compañía privada), es posible que la aseguranza cubre este servicio. Si su aseguranza no cubre sellantes, usted califica para este programa. Niños que participan en el Programa Medicaid (Title XIX) califican para este programa.

Información Demográfica de Raza y Etnicidad (Favor de marcar toda categoría que corresponde)

Blanco Negro/Africano Americano Asiático Indígena de EEUU/Nativo de Alaska Nativo de Hawaii/de las Islas Pacíficas Hispano

¿Usted tiene dentista familiar? **SÍ** o **No** Si es que sí, ¿Quién es? _____ ¿En dónde está su oficina? _____

La visita más reciente de mi hijo(a) al dentista fue: (Favor de señalar uno) ____ Hace 6 meses ____ Hace 12 meses ____ Hace 3 años
____ Hace 5 años ____ Nunca ha ido con un dentista

¿Cómo paga Ud. el cuidado de los dientes de su hijo(a)? (Favor de señalar toda opción que corresponde a su familia) ____ Pago los servicios por mi cuenta ____ El programa Medicaid/Title XIX paga ____ La aseguranza Hawki paga ____ Nuestra aseguranza particular paga ____ Otro

¿Su hijo(a) tiene aseguranza médica? (Señale toda opción que corresponde a su familia.) ____ Pagamos por nuestra cuenta los gastos medicos
____ Tiene el programa Medicaid/Title XIX ____ Tiene la aseguranza Hawki ____ Tiene aseguranza particular propia ____ Otro

¿Tienen doctor/medico familiar? **SÍ** o **NO** Si es que sí, ¿Quién es? _____ ¿En dónde está su oficina? _____

¿Su hijo(a) participa en el programa de comida gratis o comida a precio reducido en la escuela? Sí No

Favor de regresar esta hoja a la escuela dentro de 3 días. Muchas gracias.