<u>Programa Gratis</u> de Sellantes Dentales

Estimado Padre/Tutor:

Se les ofrece un programa dental **gratis** para estudiantes de 3er y 6o 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. Los dientes que necesitan tratamiento recibirán un sellante plástico. Los sellantes ayudan a prevenir las caries dentales porque sellan el diente y no permiten que la comida ni las bacterias piquen los dientes. **<u>Este tratamiento de sellantes no debe reemplazar las visitas regulares con su dentista familiar.</u>**

*_____**SÍ**. Quiero que mi hijo(a) reciba el exámen 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**. *<u>No quiero</u>* que mi hijo(a) reciba el exámen dental ni los sellantes. **(Favor de llenar sólo el nombre del niño(a) y firmar la hoja.)**

Nombre del estudiante_____
Nombre **Segundo Nombre** **Apellido**

Fecha de Nacimiento_____/_____/_____ **Masc.**_____ **Fem.**_____

Escuela_____ **Maestro(a)** _____ **Grado** _____

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

Padre/Madre o Tutor_____ **Fecha** _____/_____/_____
(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 *<u>(Favor de marcar toda categoría que corresponde)</u>*

__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

<u>Favor de regresar esta hoja a la escuela dentro de 3 días. Muchas gracias.</u>

Translated by/Traducido por: Heather Lujano, WCSD Bilingual Outreach Office – September 2006, Updated JUNE 2007