

FORMULARIO DE AUTORIZACION PARA SERVICIOS DE HIGIENE DENTAL

Por favor siga estos simples pasos:

1. Llene por completo este formulario
2. Firma y fecha
3. Regrese este formulario a la escuela

<p>SI, quiero que mi hijo/a reciba (marque uno);</p> <p><input type="checkbox"/> Examen de higiene dental y esmalte de fluoruro</p> <p><input type="checkbox"/> Examen de la higiene dental SOLAMENTE</p>	<p><input type="checkbox"/> NO, no quiero que mi hijo/a reciba cualquiera de los servicios enumerados.</p>
--	---

Nombre del Niño/a:

Apellido	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre
----------	---------------	----------------------------

Lugar:

Género del Niño/a:	Grado en la Escuela:	Fecha de Nacimiento:
VARON HEMBRA		

Nombre del Padre/Madre/Guardián:	Número de Teléfono preferido durante el día escolar:
----------------------------------	--

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
------------	---------	---------	----------------

Nombre del dentista:	Nombre de su maestra/o:
----------------------	-------------------------

*Seguro Dental (favor de circular):

Capitol	Willamette	Advantage Dental	ODS	Tarjeta Abierta (Open Card en Ingles)	Seguro Dental Privado	Ninguno	Otro:
---------	------------	------------------	-----	---------------------------------------	-----------------------	---------	-------

Mi niño/a esta tomando (lista de medicamentos):

Mi niño/a tiene alergias a:

Mi niño/a ha experimentado lo siguiente:

Cardiocirugia (Cirugía del Corazón)
 Asma
 Epilepsia
 Hipertensión arterial
 Diabetes
 Otra (favor de describir):

Consideraciones de comportamiento (favor de describir):

Yo doy mi consentimiento para que el niño/a nombrado anteriormente reciba de Advantage Dental Clinics, LLC (“Advantage Dental”), y/o uno de sus representantes, servicios de higiene; que puede incluir limpiezas y esmalte de fluoruro. También doy mi consentimiento para intercambiar información, incluyendo cualquier información de salud personal e información de citas, entre Advantage Dental, Crook County School District and the Crook County Health Improvement Partnership y su dentista de registro. Además, al firmar este formulario, reconozco que e recibido una copia de la Notificación de Practicas de Privacidad de Advantage Dental y la Notificación de Intercambio de Información de salud (HIE por sus siglas en ingles) y la hoja de datos acerca del esmalte de fluoruro agregadas a este formulario. Este formulario se mantendrá en efecto por 24 meses al menos que fuera revocado por mi persona.

Firma: _____ Fecha: _____
 Padre/Madre/Guardián

PARA MÁS INFORMACIÓN ACERCA DE ESTOS SERVICIOS O ADVANTAGE DENTAL, FAVOR DE LLAMAR AL 866-268-9631



*Si su niño/a esta en el plan de salud de Oregon (OHP por sus siglas en ingles), Advantage Dental reportara estos servicios a su plan. Estos servicios, si son autorizados, serán provistos por Advantage Dental y/o uno de sus representantes.