LLENE POR COMPLETO Y FIRME EL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO ADJUNTO Y DEVUÉLVALO AL MAESTRO DE SU HIJO

El Programa Dental del Departamento de Salud del Condado de DuPage vendrá a su escuela para realizar exámenes dentales para todos los niños que devuelvan un formulario de consentimiento firmado y completado.



- Este examen dental cumplirá con el requisito obligatorio del estado para alumnos de Kindergarten, 2º, 6º, y 9º grado.
- Si el niño/a satisface los requisitos necesarios, recibirá una limpieza dental, tratamiento de fluoruro y selladores.
- Se enviará una carta a casa con los resultados del examen y los servicios que se realizaron.
- Beneficio: ¡Todos los niños recibirán un cepillo de dientes gratuito!
- **BENEFICIO: ¡TODOS LOS NIÑOS RECIBIRÁN UN CEPILLO DE DIENTES GRATUITO!**

DUPAGE COUNTY HEALTH DEPARTMENT
DENTAL HEALTH SERVICES

(630) 682-7400



Formulario de Consentimiento

DUPAGE COUNTY HEALTH DEPARTMENT
DENTAL HEALTH SERVICES

Acuerdo de Tratamiento y Formulario de Liberación de Responsabilidad

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE Y PLUMA

Por medio de la presente eximo, renuncio y absuelvo al Departamento de Salud del Condado de DuPage, a sus empleados y agentes, de cualquier responsabilidad hacia mí, mis representantes personales o pariente más cercano por cualquier daño y reclamo o demanda en relacion con los servicios dentales proporcionados. Además, acepto indemnizar, dejar a salvo y liberar de responsabilidad al Departamento de Salud del Condado de DuPage y a cualquiera de sus agentes de cualquier pérdida, responsabilidad, daño o costo o reclamo en el que puedan incurrir como resultado de los servicios dentales. He leído y entendido este acuerdo y acepto voluntariamente todos sus términos y condiciones. Entiendo que el Departamento de Salud del Condado de DuPage proporciona estos procedimientos como un servicio público y tiene mi permiso para volver a revisar y reemplazar los selladores según lo dictado por la subvención; esta autorización vence cinco años después de esta fecha.

Doy mi consentimiento para que mi hijo reciba tratamiento dental con el Programa Dental del Departamento de Salud del Condado de DuPage.

Por la presente autorizo a los dentistas e higienistas dentales que asisten a examinar y tratar a mi menor o pupilo según corresponda y a realizar todos los procedimientos dentales, incluyendo anestesia local, restauraciones, extracciones, limpieza dental, selladores y tratamiento de fluoruro, según lo considere necesario el dentista. **He revisado los antecedentes médicos de mi hijo.**

Comprendo que el Departamento de Salud del Condado de DuPage puede usar y divulgar la información protegida sobre mi atención medica en sus operaciones con fines de tratamiento, cobranza y administración de los servicios médicos, así como por otros motivos que se explican en el Aviso sobre practicas de privacidad. Comprendo además que, cuando corresponda, la ley de Illinois sobre la confidencialidad en materia de discapacidades mentales y del desarrollo del Estado de Illinois (Illinois Mental Health and Development Disabilities Confidentiality Act) y las leyes sobre el SIDA y la enfermedades venéreas, y otras leyes sobre la privacidad brindan protección adicional sobre mis datos personales, y que en algunos casos estas limitaciones son incluso más estrictas. Este acuse de recibo no reduce de ninguna forma la protección de mis datos personales bajo la ley.

Doy mi permiso al Departamento para que use la información protegida sobre mi atención medica de la forma descrita en el Aviso sobre practicas de privacidad.

Firme aquí: _____ **Fecha:** _____ / _____ / _____

Nombre del niño/a: _____ Apellido: _____

Edad del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____ /_____ / _____ Sexo del niño/a: ☐ M ☐ F Origen étnico: _____

Nombre del padre/madre/tutor: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono casa: _____ Correo electrónico: _____

Grado escolar: _____ Maestro: _____ Escuela: _____

¿Cuántas personas viven en su hogar?: _____

Por Favor Encierre en un Círculo su Ingreso Familiar:

$36,620 o menos	**$64,940 o menos**	**$93,260 o menos**
$46,060 o menos	**$74,380 o menos**	**$102,700 o menos**
$55,500 o menos	**$83,820 o menos**	**$112,140 o más**

Mi hijo es elegible para el programa de almuerzo GRATUITO o A PRECIO REDUCIDO: ☐ Si ☐ No

Si el niño/a tiene Medicaid:
Ingrese el número de identificación de beneficiario de Medicaid de 9 dígitos del niño AQUÍ: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Se facturará a su Medicaid.

¿Alguna vez su hijo/a ha tenido o padecido alguno de lo siguiente?: (Marque Sí o No)

Problema cardiaco	☐ Si ☐ No	Convulsiones/Crisis epilépticas	☐ Si ☐ No	Trastorno de sangrado	☐ Si ☐ No
Tuberculosis	☐ Si ☐ No	Diabetes	☐ Si ☐ No	Alta presión arterial	☐ Si ☐ No
Asma	☐ Si ☐ No	Problemas de hígado/riñón	☐ Si ☐ No		

¿Alguna vez le ha dicho un dentista o médico que su hijo/a necesita tomar antibióticos (penicilina) antes de recibir atención dental? ☐ Si ☐ No

¿Su hijo/a tiene Alergias?: ☐ Si ☐ No Indique Alergias: _____

¿Su hijo/a toma Medicamentos?: ☐ Si ☐ No Indique medicamentos: _____

¿Su hijola tiene algun otro probelma de salud?: ☐ Si ☐ No Indique: _____