



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA SELLADOR DENTAL

está ofreciendo un programa preventivo de selladores dentales para TODOS los estudiantes en grado. Este programa es financiado por el programa de Wisconsin Seal-A-Smile, en colaboración con Children's Health Alliance of Wisconsin y Wisconsin Department of Health Services. Un proveedor de servicios dentales capacitado irá a la escuela para brindarle este programa de selladores dentales sin costo alguno. El programa incluye: evaluación para determinar si puede recibir el sellador, aplicación de sellador si es adecuado, un tratamiento con fluoruro, e instrucciones para cepillarse los dientes con un cepillo nuevo. Se le enviará una carta para dar seguimiento a su casa para describir lo que se le hizo y lo que se recomienda en el futuro. Todos los procedimientos seguirán las recomendaciones de la Asociación Dental Americana y del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades al darle las recomendaciones preventivas del programa escolar de selladores dentales. Este permiso estará vigente durante _____ con el fin de reemplazar los selladores perdidos al revisárselos después de un año o para aplicar selladores en aquellos dientes que no fueron sellados este año.

Apellido del niño: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Maestro del niño: _____ Grado: _____ Circulo uno: _____ Masculino _____ Hembra _____

SÍ, quiero que mi hijo participe en el programa escolar de prevención dental y autorizo el cobro a Forward Health o a cualquier otra compañía de seguros por los servicios facturables. Le doy permiso a la escuela de mi hijo para que comparta su número de identificación estudiantil de Wisconsin con el programa de la escuela.

(Llene el resto del formulario a continuación y devuélvalo a la escuela de su hijo)

NO quiero que mi hijo participe en el programa escolar de prevención dental. (Firme aquí y devuélvalo a la escuela de su hijo)

_____/_____/____ Date ____/____/____

(Letra de imprenta) Nombre del padre o tutor legal (Firma) Padre o tutor legal

¿Por qué motivo no desea participar? _____

¿Qué tipo de seguro DENTAL tiene su hijo? Nota: No se negarán los servicios a ningún estudiante en base a la cobertura de su seguro

Forward Health/Medicaid/BadgerCare Seguro privado (ej. Delta, Cigna) Sin seguro Otro _____

Grupo étnico (seleccione uno): Hispano No hispano Desconocido

Raza (seleccione una): Blanca Negra o afroamericana Asiática Amerindia o nativa de Alaska

Nativa de Hawái o las Islas del Pacífico Desconocida o no disponible

Por favor, conteste las siguientes preguntas sobre su hijo: (Marque una respuesta)

1. ¿Usa su hijo medicamentos recetados por un doctor? SÍ NO

Si afirmativo, ¿cuáles? _____

2. ¿Necesita o usa su hijo más cuidados médicos que los demás niños de la misma edad? SÍ NO

3. ¿Tiene su hijo problemas para hacer algo que la mayoría de los niños de la misma edad puedan hacer? SÍ NO

4. ¿Necesita o recibe su hijo algún tipo de terapia especial, como física, ocupacional o del habla? SÍ NO

5. ¿Necesita su hijo consejería o tratamiento para los problemas conductuales, emocionales o retrasos en el caminar, hablar o par hacer actividades que otros niños de la misma edad pueden hacer? SÍ NO

Si marcó que "sí" a una de las preguntas anteriores (1-5):

¿Ha durado o se espera que dure este problema por lo menos 12 meses? SÍ NO

¿Tiene su hijo alguna alergia? (ej. A medicamentos, alimentos, látex, etc.) SÍ NO Si afirmativo, ¿a qué es alérgico? _____

¿Ha visitado su hijo al dentista? Sí, dentro del último año Sí, hace más de un año Nunca

Nombre del dentista principal de su hijo: _____

¿Hay algo más acerca de su hijo que usted quisiera saber?

* El tratamiento que recibirá su hijo en este programa no será una alternativa a la atención dental regular. Aún se recomienda que busque a un dentista para la atención dental de rutina que incluye cualquier atención de seguimiento que pueda recomendarse después de que su hijo haya completado este programa de salud oral en la escuela.