

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	
Escuela:			
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:			
<input type="checkbox"/> Cardiocirugia (Cirugía del Corazón) <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> 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, Umtilla Morrow Head Start, Inc. 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: _____
Padre/Madre/Guardián

Fecha: _____

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.

DENTAL HYGIENE SERVICES PERMISSION FORM



Please follow these simple steps:

1. Fill out this form completely
2. Sign and date
3. Return this form to the school

<p>YES, I want my child to receive (check one);</p> <p><input type="checkbox"/> Dental Hygiene Exam and Flouride Varnish</p> <p><input type="checkbox"/> Dental Hygiene Exam ONLY</p>	<p><input type="checkbox"/> NO, I do not want my child to receive any of the services listed.</p>
--	--

Child's Name: _____

Last Name First Name Middle Initial

School: _____

Child's Gender: MALE FEMALE	Grade: _____	Date of Birth: _____
---	--------------	----------------------

Parent/Legal Guardian: _____	Best Phone Number to reach you during the school Day: _____
------------------------------	---

Address: _____	City: _____	State: _____	Zip: _____
----------------	-------------	--------------	------------

Dentist Name: _____	Teacher's Name: _____
---------------------	-----------------------

*Dental Insurance (Please circle):

Capitol Willamette Advantage Dental ODS Open Card Private None Other:

My child is taking (list medications): _____

My child is allergic to: _____

My child has experienced the following:

Heart Surgery Asthma Epilepsy High blood pressure

Diabetes Other (please describe): _____

Behavioral considerations (please describe): _____

I give my consent for the child named above to receive from Advantage Dental Clinics, LLC ("Advantage Dental"), and/or one of its representatives, hygiene services; which may include cleanings and fluoride varnish. I also hereby consent to the release and exchange of information, including any personal health information and scheduling information, between Advantage Dental, Umatilla-Morrow Head Start, Inc and the Dentist of Record. In addition, by signing this form, I am acknowledging that I have received a copy of Advantage Dental's Notice of Privacy Practices and HIE Notification and the fluoride varnish fact sheet that are attached. This form will remain in effect for 24 months unless revoked by me.

Signature: _____ Date: _____

Legal Parent/Guardian

FOR MORE INFORMATION ABOUT THESE SERVICES OR ADVANTAGE DENTAL, PLEASE CALL 866-268-9631



*If your child is on the Oregon Health Plan, Advantage Dental will report these services to your plan. These services, if authorized, will be provided by Advantage Dental and/or one of its representatives.