



**PROGRAMA ESCOLAR DE SALUD ORAL**  
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO  
(SERVICIOS PREVENTIVOS DE SALUD ORAL)  
AÑO ESCOLAR 2019-20

Office USE ONLY  
 EDS \_\_\_\_\_  
 DSP \_\_\_\_\_  
 REG \_\_\_\_\_  
 SCAN/Initials/ \_\_\_\_\_

Estimados Padres/Tutores:  
Ascension Columbia St. Mary está ofreciendo un programa de salud oral para los alumnos en su escuela. **Usted no recibirá factura por los servicios.**  
Favor de llenar esta forma **completamente** usando un **Bolígrafo**.

Apellido(s) del alumno(a): \_\_\_\_\_ Nombre del alumno(a) \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del alumno(a): \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Número del salón: \_\_\_\_\_

- He leído y entiendo este formulario de consentimiento.
- Entiendo que el programa incluye una evaluación dental. Otros servicios preventivos serán proveídos según sean necesarios: sellantes dentales, tratamiento de fluoruro, educación sobre la salud oral, una limpieza dental y en la medida que sea aplicable un examen oral completo (incluyendo radiografías).
- Se me dio la oportunidad de hacer preguntas llamando al 414-383-3220. Todas las preguntas que tuve fueron respondidas de manera satisfactoria y entiendo que tengo el derecho a recibir respuestas a las preguntas que pueda yo tener en el futuro llamando al mismo número de teléfono.
- Entiendo la naturaleza del tratamiento que se debe proporcionar y, por la presente autorizo a Ascension y a sus profesionales dentales autorizados para realizar en mi hijo(a) los servicios preventivos y diagnósticos de salud oral mencionados arriba.
- He repasado las preguntas de salud detrás de este formulario y respondido con precisión según mi conocimiento. Yo entiendo que las respuestas que he proveído serán usadas para determinar el tratamiento dental apropiado para mi hijo(a), y estoy de acuerdo de notificar a Ascension si llega a haber algún cambio en el estado de salud de mi hijo(a).
- Yo reconozco que he recibido el *Aviso de prácticas de privacidad* de Ascension, un documento en el que se explica cómo la información obtenida para el tratamiento puede ser usada o divulgada a mi compañía de seguro u otros proveedores de cuidado de salud. Doy mi autorización para que Ascension mande la factura a Forward Health / Medicaid / Badgercare por los servicios proveídos a mi hijo(a).
- Entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor durante el año escolar para el cual fue firmado, y durante los programas subsecuentes de verano, a fin de proporcionar servicios de seguimiento, incluyendo tratamientos múltiples de fluoruro.
- Entiendo que puedo revocar este consentimiento para el tratamiento en cualquier momento antes del tratamiento. Yo puedo hacer esto escribiendo a Ascension St. Elizabeth Ann Seton Dental Clinic al 1730 S. 13th Street, Milwaukee, WI 53204.

**ES NECESARIO QUE MARQUE LA CAJA DE “SÍ” O “NO”**

**SÍ**, sí quiero que mi hijo(a) participe en Smart Smiles. (Favor de firmar y fechar abajo y llenar el resto del formulario.)

**NO**, no quiero que mi hijo(a) participe en el programa dental basado en la escuela. (SOLAMENTE llene la caja y ponga su firma y fecha abajo.)  
SI MARCÓ “NO”, POR FAVOR EXPLIQUE POR QUÉ NO:

**Firma y fecha debajo y regréselo a la escuela de su hijo(a)**



\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Nombre de Madre / Padre / Tutor (letra de molde)**      **Firma de Madre / Padre / Tutor**      **Fecha**

¿Qué tipo de **seguro DENTAL** tiene su hijo(a)? (Marque **todos** los que aplique.)

Forward Health/Medicaid **ESCRIBA LOS 10 DÍGITOS DE LA TARJETA FORWARD HEALTH/MEDICAID DE SU HIJO (A):** \_\_\_\_\_

Seguro privado (por ej., Delta, Cigna)       Sin Seguro       Otra cobertura:

¿Ha sido su hijo(a) revisado por un dentista durante el último año?       Sí       NO

**Grupo Etnico** (Marque **UNO**):       Hispano       No- Hispano       Desconocido/No proporcionado

**Raza** (Marque **TODOS** los que correspondan):       Blanco       Negro/Afroamericano       Asiático  
 Indio Americano/ Nativo de Alaska       Nativo de Hawái/las Islas Pacíficas       Desconocido/No proporcionado

**Idioma primario hablado por la familia:**       Inglés       Español       Árabe  
 Birmano       Karen       Somalí       Otro:

**POR FAVOR RESPONDA LAS PREGUNTAS DE SALUD EN LA PARTE DE ATRÁS DE ESTE FORMULARIO.**  
Si las preguntas de salud no son contestadas completamente, NO PODEMOS PROVEER TODOS LOS SERVICIOS A SU HIJO(A).



**RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS DE SALUD**

**Si su hijo/a no tiene condición médica o alguna enfermedad Marque Aquí**

**¿Tiene su hijo tiene alguna condición médica o enfermedad? MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUE**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Válvula Cardíaca Artificial    | <input type="checkbox"/> Trasplante de órganos o células madres                       |
| <input type="checkbox"/> Asma                           | <input type="checkbox"/> Convulsiones   |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de la sangre        | <input type="checkbox"/> Alergias a: _____  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                         | <input type="checkbox"/> Enfermedades de células falciformes                          |
| <input type="checkbox"/> Sistema inmune comprometido    | <input type="checkbox"/> Cáncer   |
| <input type="checkbox"/> Defecto cardíaco del congénito | <input type="checkbox"/> Ha tenido su hijo/a cirugía del corazón en los últimos meses |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del corazón       | <input type="checkbox"/> Otros _____  |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de endocarditis   |   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                       |   |

**¿Algún doctor ha recomendado para su hijo(a) alguna precaución especial o pre-medicación al recibir tratamientos dental  
SÍ / NO**

Si es así, por favor explique:

1. ¿Está tomando su hijo(a) medicamentos recetados por un médico? Si es que "SÍ", por favor indique los medicamentos:	SÍ	NO
2. ¿Necesita o utiliza su hijo(a) más cuidados médicos en comparación con otros niños de su edad?	SÍ	NO
3. ¿Tiene su hijo(a) problemas para hacer cosas que la mayoría de los niños de su edad pueden hacer?	SÍ	NO
4. ¿Recibe su hijo(a) terapia especial, como terapia física, ocupacional o del habla?	SÍ	NO
5. ¿Necesita su hijo(a) terapia psicológica o tratamiento por problemas del comportamiento o emocionales, o por retrasos para caminar, hablar o realizar actividades que otros niños de su edad pueden hacer?	SÍ	NO
6. Si contestó " <b>SÍ</b> " a una o más de las preguntas del 1-5, ¿ha durado, o se anticipa que vaya a durar el problema por <b>12 meses o más</b> ?	SÍ	NO

Nota: Este programa pasará la factura directamente al seguro médico para aquellos alumnos que tengan cobertura con Forward Health / Medicaid. A ningún alumno(a) se le negará servicios basado en el estado de su seguro médico o falta de cobertura. **El tratamiento que su hijo(a) reciba en este programa no se considera ser una alternativa al cuidado dental regular. Es muy recomendable que usted consiga un dentista familiar para el cuidado dental rutinario, incluyendo cualquier cuidado de seguimiento que se recomiende después de que su hijo(a) haya completado este programa escolar de salud oral.** Comuníquese con el programa Smart Smiles si tiene preguntas o dudas, a Ascension St. Elizabeth Ann Seton Dental Clinic • 1730 S. 13<sup>th</sup> Street • Milwaukee, Wisconsin 53204 • Teléfono 414-383-3220 • Fax: 414-383-3363

Visita #1: \_\_\_\_\_  
Emergencias TX:

Visita#2: \_\_\_\_\_  
Emergencias TX:

Revisión RDH

Consulta complete con la enfermera S/N  
Recomendaciones: