



# Consent and Release of Information - PNP Sealant



Nombre de niño/a:		Edad:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:		Numero de teléfono:	
<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	Raza:	<input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> AfroAmericano	<input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> Asiático/Islands del Pacifico <input type="checkbox"/> Otro
Escuela:		Nombre de Maestro/a:	Grado:
Doctor del niño/a:		Dentista del niño/a:	

**SI**, Yo doy permiso para que mi hijo reciba una evaluación dental, selladores dentales, y aplicación de barniz de flúor. (Por favor, rellene el formulario completo , leer y firmar los dos lugares más abajo)

Por favor responda las siguientes preguntas:

- ¿Está el niño bajo el cuidado de un médico?  Sí  No
- ¿Está su hijo tomando algún medicamento?  Sí  No
- ¿Su hijo tiene alguna alergia?  Sí  No

Por favor, explique las respuestas SÍ: \_\_\_\_\_

**NO**, yo no doy permiso para que mi hijo reciba una evaluación dental, selladores dentales, y aplicación de barniz de flúor. (Por favor, complete el nombre y firme abajo)

Si es así, por favor conteste las siguientes preguntas:

- ¿Su hijo tiene un dentista regular?  Sí  No
- En caso afirmativo, ¿su hijo a ver ese dentista al menos una vez al año?  Sí  No
- Es el niño/a elegible para el programa del almuerzo gratuito/reducida en la escuela?  Sí  No
- Más reciente visita al dentista de mi hijo estaba en el pasado: (marque UNO)  
 6 meses     1 año     3 años     5 años     Nunca ha visto un dentista
- ¿Cómo se paga por el cuidado dental de su hijo?: (marque UNO)  
 Yo pago     Medicaid/Titulo XIX     hawk-i     Seguro dental privado     Otro

Si es aplicable, numero de Medicaid de niño/a #: \_\_\_\_\_

- Liste cualquier preocupación que tenga sobre la boca o los dientes de su hijo: \_\_\_\_\_

Doy mi consentimiento para el uso de la agencia de correos electrónicos y mensajes de texto que me envíe la programación y los servicios de salud infantil de la información.

Sí  No Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

- Me ofrecieron un Aviso de prácticas de privacidad.
- Entiendo que este consentimiento es válido por un (1) año a menos que sean retiradas por escrito por el padre o tutor.
- Entiendo que los servicios que serán recibidos no toman el lugar de los chequeos dentales regulares en un consultorio dental.
- Entiendo que estos servicios se prestan en el marco del Departamento de Salud Pública, Programa de Salud Materno Infantil de Iowa.
- Entiendo registros creados y mantenidos como parte de este programa son propiedad del Departamento de Salud Pública de Iowa.
- Entiendo que la información de estos registros puede ser compartida con el Departamento de Salud Pública de Iowa Medicaid Enterprise o persona designada Iowa para fines de auditoría y mejora de la calidad o para otros fines legalmente autorizados.

Sign Here

Firma de Padre/Madre/ Guardián

Fecha

Autorizo voluntariamente Familia Inc. para liberar, obtener o intercambiar información con el siguiente: el personal de la Familia Inc., compañías de seguros, personal de la escuela, médicos, dentistas, centros de Head Start. Este comunicado no autoriza la divulgación de material protegido por las leyes federales y/o estatales aplicables al abuso de sustancias, la salud mental y/o información relacionada con el SIDA.

Sign Here

Firma de Padre/Madre/ Guardián

Fecha