



## Programa de salud dental 802 Smiles Consentimiento para recibir los servicios (niveles 1 y 2)

Complete la siguiente información, firme el formulario y devuélvalo a la escuela de su hijo.

Nombre y apellido del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### ¿Qué tratamientos se proporcionan a través del programa de salud dental 802 Smiles de mi hijo?

El programa de salud dental 802 Smiles de su escuela ofrece exámenes dentales, limpiezas dentales y tratamiento con barniz de flúor (si están disponibles).

Recomendamos que su hijo reciba atención a través de su proveedor habitual, si tiene uno, en lugar de usar el programa de salud dental 802 Smiles de su escuela.

### Consentimiento para el tratamiento:

**Sí, quiero que mi hijo participe en el programa de salud dental 802 Smiles.** Comprendo que, si se especifica un dentista en este formulario, este recibirá un informe con los hallazgos del higienista dental de 802 Smiles. Comprendo que mi hijo puede recibir alguno de los siguientes servicios o todos ellos con base en la evaluación del higienista dental de 802 Smiles, sin consultar a un dentista:

- Examen dental
- Limpieza dental
- Tratamiento con barniz de flúor

**No, no quiero que mi hijo participe en el programa de salud dental 802 Smiles.**

### Consentimiento de divulgación de información:

Con el dentista de su hijo: Si su hijo tiene un dentista asentado en el registro y usted decide recibir atención odontológica a través del programa 802 Smiles, la información sobre los servicios que se proporcionaron se compartirá con ellos. **Este intercambio de información es obligatorio.**

**Sí, quiero que la información de mi hijo se comparta con el dentista asentado en el registro.**

**No, no quiero que la información de mi hijo se comparta con el dentista asentado en el registro. Entiendo que mi hijo no recibirá atención odontológica a través del programa 802 Smiles.**

Con el Departamento de Salud de Vermont: El Departamento de Salud de Vermont quiere usar la información de su hijo para evaluar la eficacia de este programa. ¿También autoriza al higienista dental de 802 Smiles para que comparta los registros del tratamiento dental de su hijo con el Departamento de Salud de Vermont? **Este intercambio de información es opcional.**

**Sí, autorizo** al higienista dental de 802 Smiles a **compartir los registros dentales de mi hijo** con el Departamento de Salud de Vermont.

**No, no autorizo** al higienista dental de 802 Smiles a **compartir los registros dentales de mi hijo** con el Departamento de Salud de Vermont.

Marque la casilla si es **padre de acogida** o si tiene **custodia compartida de este niño**:

Firma del padre/de la madre/del tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Aclaración del padre/de la madre/del tutor: \_\_\_\_\_

**Si autoriza que su hijo participe en el programa de salud dental 802 Smiles, continúe a la página siguiente.**



## Programa de salud dental 802 Smiles Consentimiento para recibir los servicios (niveles 1 y 2)

### Historial de salud dental del niño:

¿Cuándo fue la última visita al dentista de su hijo?

- En el último año       Hace más de un año       Nunca fue al dentista

¿Quién es el dentista principal de su hijo, si tiene uno? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de seguro dental tiene su hijo? No se le negarán los servicios a ningún niño por razones de cobertura del seguro. Tenga en cuenta que el higienista dental de 802 Smiles puede facturar a Medicaid por los servicios proporcionados a su hijo.

- Medicaid/Dr. Dynasaur. Número de identificación de Medicaid de su hijo: \_\_\_\_\_  
 Seguro dental privado (p. ej., Delta Dental)       Tricare  
 No tiene seguro       Otro \_\_\_\_\_  
 No sé

¿Su hijo tiene alguna alergia? (p. ej., medicamentos, alimentos, látex, plata, etc.)  Sí       No

En caso afirmativo, ¿de qué tipo? \_\_\_\_\_

### Historial médico del niño:

¿Su hijo tiene alguna afección o discapacidad física, mental, de aprendizaje o emocional?

- Sí       No       No sé       Prefiero no contestar

Si respondió sí a la pregunta anterior, ¿cómo podemos adaptarnos mejor a las necesidades de su hijo durante la consulta odontológica? \_\_\_\_\_

### Información demográfica opcional:

**Sexo asignado al momento del nacimiento:**  Masculino       Femenino       No binario       Prefiero no contestar

**La siguiente pregunta se refiere a la identidad racial y étnica de su hijo. Hacemos esta pregunta porque queremos asegurarnos de que nuestro programa brinde servicios a personas de todas las razas e identidades étnicas. Entendemos que las opciones pueden no representar con precisión la identidad de su hijo.**

**¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor a su hijo? (Marque todas las que correspondan).**

- Abenaki u otra identidad nativa americana o nativa de Alaska  
 Asiático o asiático americano, por ejemplo, chino, indio, nepalés o vietnamita  
 Negro o afroamericano  
 Hispano o latino, por ejemplo, mexicano, venezolano o brasileño  
 De Oriente Medio o del norte de África (la lista continúa en la página siguiente)



## Programa de salud dental 802 Smiles Consentimiento para recibir los servicios (niveles 1 y 2)

- Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
- Blanco o europeo americano
- Si tiene otra identidad racial o étnica, indíquelo aquí: \_\_\_\_\_
- Prefiero no contestar

¿Hay algo más que le gustaría que supiéramos sobre su hijo?

---

---

---

**Devuelva el formulario completado y firmado a la escuela de su hijo.**