

Nombre del niño:	Edad:	Fecha de nacimiento:
Dirección:	Teléfono:	
Doctor del niño(a):	Dentista del niño:	
La última visita:	Número de Medicaid:	
Masculino                      Femenino	Raza: Hispano   Blanco   Negro   Asiático   Otro	

Escuela :                      Hills Elementary

Nombre del maestro(a) : \_\_\_\_\_ Grado : \_\_\_\_\_ Número de Medicaid : \_\_\_\_\_

Es su hijo(a) elegible para el programa de almuerzo gratis/reducido ? \_\_\_Si \_\_\_No

Doy permiso para que mi hijo(a) reciba una evaluación dental, selladores, y una aplicación de varniz de fluoruro

**Por favor conteste las siguientes preguntas.**

¿Está su hijo(a) actualmente bajo el cuidado de un doctor por algún problema médico?                      \_\_\_Sí                      \_\_\_No

1. ¿Está su hijo(a) actualmente tomando algún medicamento?                      \_\_\_Sí                      \_\_\_No

2. ¿Tiene su hijo(a) alergias?                      \_\_\_Sí                      \_\_\_No

Favor de explicar las respuestas positivas:

No doy permiso para que mi hijo(a) reciba un chequeo dental y una aplicación de fluoruro.

**Por favor conteste las siguientes preguntas.**

1. ¿Tiene su hijo(a) un dentista?                       Sí                       No

Nombre de dentista: \_\_\_\_\_

2. Si tiene, ¿Va su hijo(a) a su dentista una vez cada año por lo menos?                       Sí                       No

3. ¿Cuándo fué su visita dental más reciente?

6 meses                      |                       1 año                      |                       3 años                      |                       5 años                      |                       Nunca ha ido a dentista

4. ¿Quién paga por el cuidado dental de su hijo(a)?

Yo                       Medicaid/Title XIX                       hawk-i                       Seguro dental privado                       Otro

- Yo entiendo que este consentimiento es válido por un (1) año, a menos que sean retiradas por escrito por el padre o tutor.
- Yo entiendo que los servicios que seran recibidos no substituyen los chequeos dentales, a intervalos adecuados de su dentista.
- Yo entiendo que estos servicios son proveidos bajo el Departamento de Salud Pública de Iowa, y el Programa de Salud Maternal y de Niños.
- Yo entiendo que los archivos creados y mantenidos son parte de este programa y son propiedad del Departamento de Salud Pública de Iowa.
- Yo entiendo que la información de estos archivos podrán ser compartidos con el Departamento de Salud Pública de Iowa (Afiliadas de Salud Familiar o Salud Oral), el Departamento de Servicios Humanos de Iowa o su designado (DHS).

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha (mes/día/año)

Autorizo voluntariamente al Departamento de Salud Pública del Condado de Johnson, de divulgar, obtener o intercambiar información con las siguientes: Médicos, Dentistas, Centros de Head Start, Facultad de Odontología. Este comunicado no autoriza la divulgación de material protegido por la ley federal / estatal aplicable al abuso de sustancias, salud mental / información relacionada con el SIDA.

Firma del Padre/Tutor Legal

Fecha (mes/día/año)

\_\_\_\_\_ Marque aquí para indicar que recibió información acerca de nuestra póliza de privacidad

Child's name:	Age:	Date of Birth:
Address:	Phone:	
Medical Doctor:	Dentist:	
Last visit:	Medicaid ID number:	

**YES**, I give permission for my child to receive a dental screening and fluoride varnish application.

**Please answer the following questions:**

1. Is your child currently under a physician's care?  Yes  No
2. Is your child currently taking any medications?  Yes  No
3. Does your child have any allergies?  Yes  No

Please explain any YES answers: \_\_\_\_\_

**NO**, I do not give permission for my child to receive dental screening and fluoride application.

**Please answer the following questions.**

1. Does your child have a regular dentist?  Yes  No

NAME: \_\_\_\_\_

2. If yes, does your child see that dentist at least once a year?  Yes  No

3. My child's most recent dentist visit was within the past: (please check **one**)

6 months |  1 year |  3 years |  5 years |  Has never seen a dentist

4. How do you pay for your child's dental care? (please check **one**)

Self  Medicaid/Title XIX  *hawk-i*  Private dental insurance  Other

- I understand that this consent is valid for one (1) year unless withdrawn in writing by the parent or guardian.
- I understand that the services that will be received **do not take the place of regular dental checkups** at a dental office.
- I understand that these services are provided under the Iowa Department of Public Health, Maternal and Child Health Program.
- I understand records created and maintained as part of this program are the property of the Iowa Department of Public Health.
- I understand that the information from these records may be shared with the Iowa Department of Public Health (IDPH), Bureaus of Family or Oral and Health Delivery Systems (OHDS), the Iowa Department of Human Services (DHS), or designee.

Parent/Guardian Signature

Date

I voluntarily authorize Johnson County Public Health to release, obtain, or exchange information with the following: physicians, dentists, Head Start centers, College of Dentistry.

This release does not authorize disclosure of material protected by federal/state law applicable to substance abuse, mental health/AIDS-related information.

Parent/Guardian Signature

Date