



Center Name: \_\_\_\_\_

Staff Name: \_\_\_\_\_

Program Code: \_\_\_\_\_

## Consentimiento Evaluacion Dental

Estimado Padre o Tutor,

Estamos ofreciendo evaluaciones dentales para su hijo. Nuestra meta es informarle sobre la salud dental de su hijo y asegurarnos que tenga un hogar dental. Si está de acuerdo, su hijo recibirá:

- Dos evaluaciones dentales durante el año escolar. Un dentista de Sea Mar vendrá a su centro para revisar los dientes de su hijo, hará una evaluación visual y aplicará el barniz de fluoruro.
- Le proveeremos con una descripción breve de los resultados. Si usted necesita un proveedor dental, con gusto le daremos información para hacer una cita dental para su hijo.
- Si su hijo tiene cobertura de Washington Apple Health y Seguro Privado, el examen se le cobrará a ellos. Si su hijo no tiene seguro, habrá ayuda financiera disponible que cubrirá el costo.

### **POR FAVOR LLENE LA SIGUIENTE INFORMACION**

**Si deja estas opciones en blanco, vamos a suponer que no quiere el examen para su hijo.**

\_\_\_\_ Sí, quiero que mi hijo tenga una evaluación dental y reciba el barniz de fluoruro.

\_\_\_\_ Sí, quiero que mi hijo reciba una evaluación dental \_\_\_\_\_ No, no quiero que mi hijo tenga una evaluación dental o reciba el barniz de fluoruro

**Nombre del niño(a):** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_  
Primer Segundo Apellido

**Sexo:** M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_  
Primer Segundo Apellido

**Domicilio:** \_\_\_\_\_ **Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Le doy permiso a Sea Mar para compartir esta información con PSESD Early Learning**  Si  No

**Le doy permiso a Sea Mar para ponerse en contacto conmigo**  Si  No

### **INFORMACION DE FACTURACION**

**WASHINGTON APPLE HEALTH: Por favor llene la información del seguro de Provider One de su hijo**

Número de Provider One: \_\_\_\_\_ Fecha de emisión: \_\_\_\_\_

**SEGURO DENTAL PRIVADO: Por favor llene la información del seguro de su hijo y agregue una copia de la tarjeta**

Plan Privado de Seguro Dental: \_\_\_\_\_ Número de Membrecía: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Por favor marque si su hijo no tiene cobertura de seguro dental

\_\_\_\_\_  
**Nombre del padre o tutor**

**Fecha:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre o tutor**

**Teléfono:** \_\_\_\_\_