Early Learning psesd excellence & equity in education Puget Sound Educational Service District

COMMUNITY HEALTH Care MEDICAL • DENTAL • PHARMACY

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 Community Health Care 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 o Seguro Privado, el examen se le cobrará a ellos. Si su hijo no tiene seguro, hay ayuda financiera disponible para cubrir 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 ____ No, no quiero que mi hijo tenga una evaluación dental

____Sí , quiero que mi hijo reciba el barniz de fluoruro ____ No, no quiero que mi hijo reciba el barniz de fluoruro

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

Sexo: M _____ F _____ **Raza/Origen Etnico:** _____

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

Domicilio: _____ **Ciudad:** _____ **Código Postal:** _____

Le doy permiso a Community Health Care para compartir esta información con PSESD Early Learning ☐ Si ☐ No

Le doy permiso a Community Health Care 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

_____ **Fecha** _____
Nombre del padre o tutor

_____ **Teléfono** _____
Firma del padre o tutor