



# Formulario de Permiso e Historia Médica del Programa Dental

**Por favor complete en bolígrafo y entréguelo pronto al maestro/a**

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  Masculino  Femenino  
(Nombre) (MI) (Apellido) (mes / día / año)

Grado: \_\_\_\_\_ Salón #: \_\_\_\_\_ Maestro/a: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Dirección de su casa: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Email de los padres: \_\_\_\_\_ Para más información, vaya a: [masshealthysmiles.com](http://masshealthysmiles.com)

- Sí, Doy permiso a mi niño a participar en el programa dental con base escolar preventivo. Favor de facturar estos servicios a la apropiada Compañía de Seguros. Favor de completar la forma completa y firme abajo
- No, No doy permiso a mi niño para participar en el programa dental. Favor de completar el nombre y grado solamente

## Información General:

1. ¿Qué idioma habla mejor su hijo/a? \_\_\_\_\_ ¿Qué idioma hablan los padres en casa? \_\_\_\_\_
2. ¿Qué es el origen de su hijo/a?  
 Afro-Americano/Negro  Asiático  Blanco  Hispánico/Latino  Más de un  Otro \_\_\_\_\_

## Información Sobre Salud:

3. ¿Tiene su hijo/a un doctor al que acude regularmente?  SI  NO El nombre doctor: \_\_\_\_\_
4. ¿Su hijo/a visita regularmente a un dentista para revisiones dentales?  SI  NO  
*Si la respuesta es SI, por favor escriba el nombre dentista:* \_\_\_\_\_
5. En general, ¿como considera usted la salud de los dientes y la boca de su hijo/a?  
 Excelente  Muy buena  Buena  Regular  Mala
6. Actualmente, ¿está su niño/a tomando alguna medicina?  SI  NO  
*Si la respuesta es SI, por favor escriba el nombres de las medicinas:* \_\_\_\_\_
7. ¿Alguna vez un medico/dentista le ha dicho que su niño necesita tomar antibióticos antes de tratamientos dental?  SI  NO
8. ¿Alguna vez ha tenido su niño/a alguna de las enfermedades o condiciones a continuación?  
 ADD\ADHD  Diabetes  Hepatitis  Fiebre reumático  Alergia a medicina  
 Anemia  Epilepsia  Soplo en el Corazón  Convulsiones/Ataques  SID/VIH  
 Asma  Problemas del Corazón  Riñón/ Hígado  Tuberculosis
9. ¿Tiene su niño/a algún otra problema de salud?  SI  NO **Si la respuesta es SI, explique:** \_\_\_\_\_
10. ¿Tiene su niño/a algún tipo de alergias?  SI  NO **Si la respuesta es SI, marque cuales o explique:** \_\_\_\_\_  
 Antibióticos/Penicilina  Colophonium  Aspirina  Látex  Resinas/Rosins  Alimentos/Nueces/Otros: \_\_\_\_\_
11. ¿Tiene su niño/a **seguro dental**?  SI  NO **Si NO, ¿quiere ayuda para obtener seguro dental para su niño/a?**  SI  NO  
Si su niño/a tiene seguro dental, por favor complete la información:

### MassHealth (soló)

Niño/a Nombre (en la tarjeta): \_\_\_\_\_  
Número de Seguro (RID) – 12 dígitos

# \_\_\_\_\_



### Información de Otro Seguro (excepto MassHealth)

Aseguradora: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Asegurado: \_\_\_\_\_

Asegurado ID #: \_\_\_\_\_

Asegurado: fecha de nacimiento (m/d/año) \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Grupo/ Póliza # \_\_\_\_\_

Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_

Por la presente yo entiendo que MASS Healthy Smiles LLC pueden utilizar esta información para tratamiento, pago, y operaciones de salud. He recibido la información sobre los derechos a la Privacidad y el Programa. He leído y entendido el programa dental y los servicios dentales que se proveerán a mi niño y doy consentimiento para que mi niño participe del programa. Yo entiendo que estos servicios no deben sustituir un examen dental por un dentista. Yo entiendo que mi niño debe ser examinado por un dentista dentro de los siguientes 90 días. Yo entiendo que mi niño puede continuar recibiendo cuidado dental mediante cualquier proveedor. Yo autorizo que el programa dental provea un resumen escrito de los servicios designados a los oficiales escolares y de referir a mi niño a su dentista regular de ser necesario. Yo entiendo que el programa provee una lista de dentistas de mi área y puede proveer asistencia para encontrar un dentista de ser necesario. En el caso de tener seguro dental, Yo autorizo a ser facturado por los servicios recibidos. Yo entiendo que este tratamiento puede afectar futuro derechos o beneficios.

X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Relación con el Menor: \_\_\_\_\_  
Firma del Padre/ Guardián (mes / día / año)

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono# \_\_\_\_\_ Teléfono móvil# \_\_\_\_\_