



*"Con nuestras manos, pero de nuestros corazones"*

**CONSENTIMIENTO PARA SERVICIO DENTAL**

El estado de Illinois Departamento de Salud y Servicios Familiares han dispuesto servicios dentales para los niños elegibles. Estos servicios podrían incluir examen, limpieza, tratamiento de fluoruro y selladores (una capa protectora sobre las superficies de masticar de los dientes posteriores). Dentistas licenciados, higienistas y asistentes vendrán a la escuela de su hijo con equipo portátil.

Nombre De La Escuela	Aula	Teléfono De Casa
Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento	Grado      Género
Inicio Dirección	Apartamento #	Código Postal

**Su hijo/a ha tenido un historia de, condiciones relacionadas con cualquiera de los siguientes:**

- Anemia     Sinusitis Crónica     Problemas de crecimiento     Convulsiones     Asma  
 Diabetes     Audición     Tiroides     Trastornos Hemorrágicos     Dolores de oído  
 Corazón     Tabaco / drogas     Cáncer     Epilepsia     Alergia al Látex  
 Desmayo     Parálisis Cerebral     Embarazo (adolescentes) Otro \_\_\_\_\_

¿Está su hijo tomando cualquier prescripción y / o medicamentos de venta libre en este momento? Sí No

En caso afirmativo, por favor indique: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a tiene alguna dificultad para hablar? Sí No

Su hijo/a ha sufrido lesiones en la boca, la cabeza o los dientes? Sí No

**Medicaid/ Illinois ALL KIDS:** Si su hijo/a está cubierto por todos los niños, por favor incluya el número de identificación:

\_\_\_\_\_

¿Está su hijo/a cubierto por el seguro dental privado: Sí No

Nombre de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_  
 Seguros Número de teléfono \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_  
 Nombre del Empleador \_\_\_\_\_  
 Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 Número de Seguro Social de la persona asegurada \_\_\_\_\_

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

**Al firmar este formulario, usted da permiso para tratar a su hijo/a. Nuestra política de privacidad esta en nuestro sitio web.**

19900 Governor's Drive, Olympia Fields, IL 60461 Phone: 708-808-4950 Fax: 708-794-0466 Email: info@heartsmiles.org

Web: www.heartsmiles.org