



PROGRAMA DE ASISTENCIA DENTAL – ESCOLAR
Formulario de Consentimiento 2018-2019

La escuela de su niño(a) a sido seleccionada para participar en el programa de sellado dental escolar de Kansas. Profesionistas dentales ofrecerán servicios en la escuela de su niño(a) tal como selladores, barniz de fluoruro y/o limpiezas dentales. No Habrá costo alguno para usted o para la escuela por dichos servicios. PrairieStar no le cobrará a Medicaid o a KanCare por los servicios. Si su niño(a) cuenta con seguro dental privado (por ejemplo: Delta) NO es necesario que participe en este programa.

Las políticas sobre las prácticas de privacidad y anti-discriminatorias pueden ser localizadas en el sitio de internet the la escuela o de PrairieStar.

Nombre de la Escuela o del Programa: Grado del Estudiante Profesor(a):

Nombre Legal de el/la niño(a): Fecha de Nacimiento: Sexo M F

Form with table for Race/Ethnicity: Raza/Etnicidad, Blanco, Negro/Afro-Americano, Asiático, Hispano, Indio Americano/Nativo de Alaska, Nativo de Hawaii/Isla del Pacifico, Otro.

Nombre del Padre/Tutor: Domicilio: Ciudad/Código Postal Teléfono: Teléfono Alterno

Historial Médico

Su niño(a) tiene Dentista? Si No Nombre del Dentista: Cuándo fue la última visita de su niño(a) al Dentista? 6 meses 1 año más de un año nunca

Form with medical history questions: Problemas Dentales Recientes, Asma o Resuello, Problemas de Comportamiento, Tuberculosis, Fiebre Reumática, Diabetes, Hemofilia/Problemas de Sangrado, Problemas del Corazón (Describir), Célula Falciforme, Desmayos/Ataques/Epilepsia, Problemas de Hígado/Hepatitis, Problemas de Riñones, VIH/SIDA, Cancer, Lista de alergias -incluya medicamentos, Otras Condiciones Médicas que no estén en la lista, Nombre del Doctor y de la Farmacia.

Lista de medicamentos que el niño(a) esta tomando:

El estado de Kansas y los Profesionistas Dentales que administran este programa están dedicados a mejorar la salud oral de su niño(a) al ofrecerle el programa de asistencia dental escolar. Estos servicios podrían ser proveídos 2 veces durante el año escolar. Después de que el niño(a) sea atendido usted recibirá un reporte constatando los servicios que fueron provistos junto con una referencia dental si fuera necesaria.

La participación individual en este programa especial podría ser utilizado en forma anónima para propósitos de estadísticas para el Instituto Nacional de la Salud y la información que lo identifica nunca será revelada ni publicada de ninguna manera. Usted estará consintiendo a que le tomen fotografías para propósitos publicitarios, los cuáles podrían incluir televisión, imágenes impresas o en internet. El consentimiento será otorgado voluntariamente y sin compensación económica alguna.

Gratis Nuestros servicios incluyen: Limpiezas, Selladores y Tratamiento de Floruro.

Yo otorgo mi permiso a PrarieStar Health Center para que provea servicios dentales a mi niño(a) y a que mande cobro para el pago por esos servicios a Medicaid o Kancare.

Medicaid # KanCare # Usted cuenta con cobertura de seguro dental privado (que no sea Medicaid o Kancare) Si No Elegible para recibir el programa de comida gratuita/costo reducido

Firma del Padre/Tutor Fecha DenSp072618