



## Smiles for Students Dental Program Formulario de Permiso para los Papas

**Programa de Salud Dental:** "Sonrisas para estudiantes" vendrá a la escuela para proporcionar sin algún costo servicios dentales preventivos a los estudiantes de grado 6, 7 y 8.  
**Hygienista Dental registrada provera a los estudiantdes con:**

**Limpieza Dental:** pulir y eliminar la placa dental.

**Selladores:** Una barrera protectora colocada en las muelas para 'sellarlas' de caries.

**Educación:** Enseñar a estudiantes a cuidar de sus dientes a través de buenos hábitos de cepillado, uso de hilo dental, y buena alimentación.

**Evaluación Dental:** Una evaluación de la boca del estudiante (sin rayos X).

**Barniz de fluoruro:** un tratamiento de protección "pintado" a los dientes.

Yo \_\_\_\_\_ doy permiso para que mi hijo(a)/hijos nombrado a continuación participe en el programa escolar de salud dental. Entiendo que estos servicios están diseñados para ayudar a prevenir futuros problemas dentales y la limpieza dental de mi hijo(a), pero no corregirá problemas dentales que ya existen. Entiendo que el higienista de la escuela puede determinar si mi hijo(a) necesita tratamiento adicional. Yo \_\_\_\_\_ doy permiso para fotografiar a mi hijo. Las fotografías serán utilizadas para promover y apoyar el Programa Escolar de Salud Dental.

su niño ah vistado un dentista dentro de los últimos 12 meses ?  Yes  No

nombre de los dentistas: \_\_\_\_\_

*Si usted provee el nombre de su Dentista, una copia del resultado de su evaluacion dental sera enviada a su dentista.*

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Relacion hacia el niño/niña: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

Nobre de Aseguranza:  CO Health First/Medicaid  CHP+  Seguro dental privado  Not Insured  
Insurance Identificación #: \_\_\_\_\_

**Se enviara una factura a CO Health First/Medicaid/CHP+ por los servicios proveidos. Si su hijo no tiene  
aseguranza dental tambien sera tratado si usted firma y regresa esta forma.**

Yo recibí una copia con informacion proveida de Smiles for Students HIPAA.  
*Smiles for Students tratará toda la información del paciente como información de salud privada y sera protegida (PHI) bajo las regulaciones de HIPAA. Mantendremos un expediente de los servicios dentales de su hijo para poder proporcionar una buena atención continua. Compartiremos nuestros expedientes con el Departamento de Salud Pública de Colorado para controlar los servicios que proveemos, pero no revelaremos su nombre ni el de su hijo.*



**\*\*Por Favor indique cualquier condicion medicinas alergias, etc. que nosotros deberiamos saber acerca de su hijo.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Padre / Tutor Firma \_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Fecha de Hoy

Regrese La Hoja de Permiso a: **La Oficina**