Healthy Smiles

FOR PORTAGE COUNTY

Servicios de Salud y Humanos del Condado de Portage
817 Whiting Ave. Stevens Point, WI 54481
Teléfono: 715-345-5781

FORMA DE PARICIPACION

FAVOR DE REGRESAR AL MAESTRO(A) ANTES DE: MAÑANA SI PARTICIPARA 0 NO

_____ **Sí**, yo quiero que mi hijo participe en el programa de prevención dental basada en la escuela y autorizar La tarjeta medica o cualquier otra empresa de seguros tercera parte a ser facturados por los servicios facturables (Usted no tendrá que pagar ningún copagos o deducibles). Este permiso es valido para la escuela por 2 años con el fin de reemplazar a los sellantes perdidos después de un año o tener selladores aplicados en los dientes que no fueron selladas este año. Yo doy permiso a la escuela para compartir el número de identificación de Wisconsin Estudiante de mi hijo con el programa basado en la escuela. (Por favor, complete el resto del formulario y devolverlo a la escuela de su hijo)

Nombre de su hijo(a) _____ **Maestro(a)/Escuela**_____/_____**Grade**____

Fecha de Nacimiento _____ Sexo: Masculino _____ Femenino_____

Dirección _____ Código _____

Número de Teléfono (casa) _____ Teléfono (trabajo) _____

origen étnico (seleccione uno) ____Hispano ____No Hispano ____desconocido

Raza (seleccione uno) ___blanco ____asiático ____hawaiano nativo
____negro/africano americano ____indio nativo / Alaska ____desconocido/no disponible

Su Hijo (Marque Si O No)

Usa medicina con prescripción de doctor? Medicamento _____	Si_____	No_____
Necesita o tiene más ayuda médica, que otros niños de su grupo de edad?	Si_____	No_____
Tiene problemas para hacer las cosas que otros niños de su edad hacen?	Si_____	No_____
Necesita o tiene terapia especial como terapia física, terapia ocupacional o terapia del habla?	Si_____	No_____
Necesita consejería o tratamiento problemas de conducta, problemas emocionales, o retraso de caminar, hablar o otras actividades que otros niños de su propia edad pueden hacer?	Si_____	No_____

Si marco si por algo de lo dicho arriba:

Este problema ha estado presente por 12 meses?	Si_____	No_____
Tiene su hijo(a) algún tipo de alergia, problema físico o enfermedad de la tengamos que darnos cuenta?	Si_____	No_____

Por favor explique _____

Cual seguro DENTAL tiene su hijo?

Note: Ningun estudiante sera negado los servicios basado a no tener seguro. Usted no tendra ningun deductible por este programa.

____ Forward Health/Medicaid/BadgerCare ____No Seguro Dental ____Seguro Privado Dental (i.e. Delta, Cigna)

Ha visitado un dentist su hijo? Si, este 1 ano _____ Si, pasado de 1 ano _____ Nunca_____

Nombre del Dentiasta_____

Las Sonrisas Saludables puede consultar o notificar al dentista de su hijo(a) de los servicios dados para asegurar cuidado dental consistente.

Firma de los Padres /Tutores _____ **Fecha**_____

Healthy Smiles

FOR PORTAGE COUNTY

Servicios de Salud y Humanos del Condado de Portage
817 Whiting Ave. Stevens Point, WI 54481
Teléfono: 715-345-5781

FAVOR DE REGRESAR AL MAESTRO(A) ANTES DE:

MAÑANA SI PARTICIPARA 0 NO

Sonrisas Saludables para el Condado de Portage está ofreciendo un programa de sellado dental preventivo para TODOS los niños de 2 y 6-9 grados. Todos los estudiantes de segundo grado recibirán un examen dental y participaran en la educación presencial. Todos los estudiantes de 2 grado que devuelven un permiso positivo serán elegibles para los servicios. Todos los estudiantes de 6-9 grado que devuelven un permiso positivo serán elegibles para la proyección y los servicios dentales. Este programa está financiado en parte por Wisconsin Seal-A-Smile, un programa de colaboración de la Alianza para la Salud de los Niños de Wisconsin y el Departamento de Servicios de Salud de Wisconsin.

Un proveedor dental autorizado vendrá a la escuela para ofrecer el programa de sellador **sin costo alguno para usted**. El programa hará varias visitas a la escuela durante el año escolar y que incluye: evaluación para determinar si limpiezas o sellantes dentales son apropiados, selladores en su caso, tratamientos con flúor, limpiezas dentales y instrucciones apropiadas para cepillado de dientes con un cepillo de dientes nuevo. Una carta de seguimiento será enviado a casa después de cada visita para describir lo que se completó y lo que se recomienda para las necesidades futuras. Todos los procedimientos seguirán recomendaciones de la Asociación Dental Americana y los Centros para el Control de Enfermedades y las recomendaciones de prevención para los programas de selladores dentales en las escuelas.

El tratamiento que su hijo recibirá en este programa no pretende ser una alternativa a la atención dental regular. Si su hijo no tiene un dentista, se recomienda encarecidamente que usted busque un dentista (dentista de la familia) para el cuidado dental de rutina incluyendo cualquier atención de seguimiento que puede ser recomendable después de que su hijo haya completado el programa de salud bucal en base a esta escuela.

Para que su hijo reciba los servicios la parte de atrás de este formulario debe ser llenado, firmado y devuelto a la maestra de su hijo.

Nombre de su hijo(a) _____ **Maestro(a)/Escuela** _____ **Grade**_____

_____**NO**, Yo no quiero que mi hijo participe en el programa de prevención dental basada en la escuela.
(Firmar y regresar a la escuela de su hijo)

Razón para no participar? _____

Firma de los Padres / Tutores _____Fecha_____