St David's Community Health Foundation Dental Program

Estudiante ID # _____

Para Información, llame 879-6240

Cuidado Dental Gratis para su Hijo(a) en Escuela

Formulario de Consentimiento

Por favor llene secciónes 1- 4 y devuélvalo al maestro.

Theo's Clínica Móvil es una clínica dental ambulante. Recorre las escuelas cerca de Austin para proveer cuidado dental **GRATIS.**
Su hijo(a) posiblemente necesita cuidado dental y puede que se elija a su hijo(a) para ser atendido(a). Si su hijo(a) recibe tratamiento, por favor entienda que:

- Si es necesario, podemos administrar medicamentos sin receta, como Tylenol.
- Algunos tratamientos dentales pueden precsiar de anestesia local. Complicaciónes con anestesias locales no son frecuentes.
- No se utiliza gas de las risa ni drogas sedantes.
- No se dispensan medicamentos recetados en la camioneta.

1. Información de su hijo(a):

NOMBRE DE HIJO(A):_____

Fecha de nacimiento: _____ /_____/_____ Género: NINO o NINA
mes día año

Teléfonos: _____ (de casa)

_____ (de trabajo o cell)

Dirección/Calle: _____

Ciudad: _____ Codigo Postal: _____

2. Información de la Escuela

Nombre de la Escuela: _____

Nombre : _____
(Si en secundario, nombre del professor de ciencias.)

Grado: _____

Periodo/Bloque: _____

NOMBRE de AGENCIA: _____

En caso de emergencia, cuando un padre/guardian no es disponible, llame:

Nombre:_____ Relación: _____ Teléfono: _____

3. Historial médico

Indique en el bloque si su hijo(a) padece de la siguiente enfermedades. ***Marque solamente los que pertenecen.***

□ Asma □ Problemas de sangre □ Problemas del corazón □ Soplo del corazón □ Diabetes
□ Hepatitis □ Alérgico a Látex □ Fiebre reumática □ Tuberculosis □Ataques epilépticos □ Sickle Cell

Está su hijo(a) tomando algúna medicina?	__Sí __No	Liste las medicinas: _____
Es su hijo(a) alérgico a algúna medicina?	__Sí __No	Liste las medicinas: _____
Tiene su hijo(a) un dentista?	__Sí __No	Fecha de última visita dental: _____
Tiene su hijo(a) seguro dental?	__Sí __No	*Noticia:* Participación en nuestra programa dental no afectará
Tiene su hijo(a) Medicaid?	__Sí __No	el programa de Medicaid para su hijo/a.

4. Firme aqui

He leído y entiendo la información en este formulario. Otorgo permiso para que mi hijo(a) reciba tratamiento dental gratis en Programa Dental de St. David's, y que reciba medicamento non-prescrito para el dolor si fuera necesario. Soy el guardián legal del hijo(a).

Firma X:_____ **Fecha**: _____

Su nombre en letra de molde: _____

Indique en el bloque la raza de su hijo(a). Este información se quedará privada y nos ayudará con este proyecto.

□ blanco □ hispano □ negro/afroamericano □ indoamericano/nativo de Alaska
□ asiático □ multiracial □ desconocida □ otra: _____

Office Use Only: Data entry by _____

Por favor devuelva este formulario al maestro de su hijo(a)!

Para mas información, llame al 512-879-6240.