

ANNA M. ROTH, RN, MS, MPH
HEALTH SERVICES DIRECTOR

DAN PEDDYCORD, RN, MPA/HA
PUBLIC HEALTH DIRECTOR



CONTRA COSTA
PUBLIC HEALTH

FAMILY, MATERNAL AND
CHILD HEALTH PROGRAMS
CHILDREN'S ORAL HEALTH
PROGRAM

597 Center Avenue, Suite 365
Martinez, California
94553

PH 925 313-6280
FAX 925 313-6954

SERVICIOS DENTALES GRATUITOS
Forma de Consentimiento Dental
(Por favor firme y regrese este formulario al maestro/maestra inmediatamente)

Escuela _____ Maestro _____ Grado _____

Estimado Padre, Guardián, o Cuidador,

El Programa de Salud Dental para Niños ha escogido la escuela de su niño (a) para que reciba servicios preventivos, de salud dental **GRATIS** para el año escolar 2018-2019. Con su permiso, su niño (a) podría recibir un **Chequeo Dental, Selladores Dentales y Barniz de Fluoruro**. Tome en cuenta: Bálsamo labial sin aroma que es hipo alergénico, se utilizará antes de colocar los selladores si es necesario.

Nombre del niño(a) _____ Sexo M F Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____
Mes Día Año

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal _____

Número de Teléfono de Casa: _____ Número de Trabajo/Celular: _____

Historial Médico

1. Si su niño(a) ha sufrido alguna de las siguientes enfermedades, por favor marque las indicadas:
- | | | | |
|------------------------------------|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Ataques / convulsiones | <input type="checkbox"/> Asma |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón | <input type="checkbox"/> ADD/DHDA |
- Otro, por favor mencione: _____
2. ¿Está tomando su niño(a) alguna medicina? No Sí, por favor explique _____
3. ¿Sufre de alergias su niño(a)? No Sí, por favor explique _____
4. ¿Ha tenido su niño(a) una reacción a algún material dental? No Sí, por favor explique _____
5. ¿Cuándo fue la visita más reciente de su niño(a) al dentista?
- Menos de 6 meses Hace 7-12 meses Hace 1-2 años Hace 3-4 años Nunca
6. ¿Qué tipo de seguro medico tiene su niño(a)?
- | | | | | |
|---|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> CCHP
Medi-Cal | <input type="checkbox"/> Kaiser
Medi-Cal | <input type="checkbox"/> Blue Cross
Medi-Cal | <input type="checkbox"/> No sé
<input type="checkbox"/> No tiene seguro | <input type="checkbox"/> Mi hijo/a tiene seguro
privado/ de mi empleador |
|---|---|---|--|---|
- Sí, yo quiero que mi niño(a) reciba servicios dentales preventivos GRATUITOS, como se indica anteriormente.**
- No, yo no quiero que mi niño(a) reciba servicios dentales preventivos GRATUITOS.**

Firma de Padre/Guardián/Cuidador _____ Fecha: _____

