



Santa Barbara County Education Office
 Health Linkages
 Child Development Programs
 3970 La Colina Rd.
 Santa Barbara, CA 93110
 (805) 964-4710 ext. 4453
 Fax: (805) 682-4646



Consentimiento y Autorización para Revisiones de Salud y Fluoruro de Barniz Pre-Escolar

Escuela/Programa de Cuidado de Niños: _____

1. Nombre de Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento _____

Tipo de Seguro de Salud: Médico: _____ Dental: _____

2. Nombre de Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento _____

Tipo de Seguro de Salud: Médico: _____ Dental: _____

3. Nombre de Niño(a): _____ Fecha de Nacimiento _____

Tipo de Seguro de Salud: Médico: _____ Dental: _____

Nombre de Padre/Madre/Guardián: _____

Periodo de servicio: 1 de julio del 20____ a 30 de junio del 20____

La meta del Programa Health Linkages es mejorar los resultados de salud para niños del Condado de Santa Barbara identificando complicaciones de salud, aumentando el acceso a servicios de salud y mejorando la capacidad de los proveedores de cuidado de niños y padres para responder a los problemas físicos y de comportamiento de los niños.

Al firmar este documento doy permiso para que el Programa de Health Linkages realice los siguientes servicios:

- Aplicación de fluoruro de barniz dos veces por año
- Revisión Dental

No hay ningún costo para usted: El Programa de Health Linkages SBCEO, presenta facturas por medio de MediCal Billing Technologies, Inc. (MBT) a CenCal Health por la aplicación del fluoruro de barniz a los niños bajo la cobertura de Medi-Cal. No se harán cobros a otras compañías o planes de salud; no hay ningún costo a usted independientemente de el estatus de su seguro medico.

El gerente del Programa de Salud Oral (Dental), las Promotoras de Salud y voluntarios aplicarán el fluoruro de barniz. Dentistas voluntarios realizarán las revisiones dentales. El personal del Programa Health Linkages y otro personal médico realizaran las revisiones de visión, oído, altura y peso. Estas revisiones no son exámenes comprensivos y no deben tomar el lugar de exámenes/chequeos regulares. El propósito de las revisiones es prevenir e identificar problemas de salud. La información será utilizada para planear y coordinar los servicios de salud y seguridad para su hijo(a).

He leído lo escrito arriba y se ha explicado a mi satisfacción. Entiendo que yo puedo revocar/anular mi consentimiento a las revisiones y la aplicación del fluoruro de barniz ofrecido por el Programa Health Linkages y el permiso para compartir información acerca de mi hijo(a), en cualquier momento mediante la presentación de dicha solicitud por escrito a la oficina del Programa Health Linkages. Reconozco que he recibido una copia de esta forma.

Firma de Padre/Madre/Guardián

Fecha

*Para revisar copias de estos documentos llame a Health Linkages al 964-4711 ext.445

Distribution:
 White: Health linkages
 Canary: Parent/ Guardian