



Consent and Release of Information



Form with fields: Apellido del niño, Nombre del niño, Fecha de nacimiento, Grado, Edad, Macho / hembra, Dirección, Teléfono, Ciudad y zip, Teléfono móvil, Las barreras a la atención dental, Correo electrónico, Al dentista del niño, Médico pediatra, Número de identificación de Medicaid, Raza del niño, Origen étnico del niño, ¿Niño califica para el almuerzo gratis/reducido?

Si, doy permiso a mi hijo / a reciba un examen dental, selladores y aplicación de barniz de fluoruro. Selladores de nuevos pondrá en si es necesario.

NO, no doy permiso para que mi hijo / a reciba los servicios dentales que se ofrecen.

En caso afirmativo, por favor responda las siguientes preguntas:

- 1. ¿su hijo actualmente bajo el cuidado de un de médico?
2. ¿está su niño actualmente tomando algún medicamento?
3. mi hijo tiene alergia a:
4. le nunca han dicho su hijo debe estar en un antibiótico antes del tratamiento dental?
5. ¿tiene alguna preocupación sobre la boca o los dientes de su hijo en este momento?
6. ¿su hijo bocadillos entre comidas.
7. su hijo recibe fluoruro de cualquiera de los siguientes:
8. ¿su hijo del cepillo en la mañana?
9. ¿Cómo paga para el cuidado DENTAL de su hijo?
10. ¿está su niño al día con sus vacunas?

- Entiendo que esta autorización es válida por un 1 año a menos que retirado por escrito por el padre o tutor.
Entiendo que los servicios que serán recibidos no tomen el lugar de chequeos dentales regulares en un consultorio dental.
Entiendo que estos servicios son proporcionados bajo el Departamento de salud pública de Iowa, programa de salud infantil.
Entiendo que los registros creado y mantenido como parte de este programa son propiedad del Departamento de salud pública de Iowa.
Entiendo que la información forma estos registros puede ser compartida con el Iowa Departamento de salud pública (oficinas de salud familiar o Oral y sistemas de administración de salud), el Iowa Department of Human Services o su designado.
Entiendo que pueden tomar fotografías de los niños que participan.

X
Nombre impreso padre/tutor firma fecha nombre de padre/tutor date

Autorizo voluntariamente Family Inc. a liberar, obtener o intercambiar información con los siguientes: dentista y personal de la escuela de Council Bluffs. Esta versión es no autorizar la divulgación de material protegido por la ley federal o estatal aplicable a la información relacionada con el SIDA, salud mental o abuso de sustancias.

X
Nombre impreso padre/tutor firma fecha nombre de padre/tutor date