



Consentimiento Para Servicios Dentales

Sagebrush Smiles es un programa dental diseñado para ofrecer atención dental de alta calidad, segura y rentable en un entorno móvil.

Su hijo será atendido por un **dentista autorizado** y puede recibir una amplia variedad de servicios, incluyendo exámenes de salud oral, educación en salud oral, selladores dentales, limpiezas dentales, tratamientos con flúor, y servicios de emergencia. Su hijo recibirá información sobre opciones de estilo de vida saludable, dieta y nutrición, y tendrá la oportunidad de hacer preguntas sobre cómo mantener una boca saludable. **NO HAY CARGOS** para el niño o la familia. Sin embargo, sí le facturamos a Medicaid y recibimos fondos de socios locales, estatales y nacionales en forma de subsidios y donaciones. Recopilar información sobre los servicios que ofrecemos es importante para continuar sirviendo a nuestra comunidad. Para que su hijo reciba servicios dentales gratuitos, **SE DEBE FIRMAR ESTE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO**. Esta es información confidencial y no será compartida. Usted nunca recibirá una factura.

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre legal completo del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Escuela/Centro: _____ Grado: _____

¿Elegible para el almuerzo gratuito/a precio reducido? (encierre en un círculo una opción): *Sí* *No*

Raza del niño (encierre en un círculo todos lo que correspondan): *Blanco/Caucásico* *Afroamericano/Negro*
Indio Americano/Nativo de Alaska *Hispano* *Mestizo* *Asiático* *Otro*

HISTORIAL MÉDICO DEL NIÑO

¿Hay algo sobre la salud de su hijo que deberíamos saber? _____

¿Su hijo tiene alergias? _____

Indique todos los medicamentos: _____

Última consulta dental (círcule una opción): *6 Meses o Menos* *6-12 Meses* *1-2 Años* *Más de 3 Años* *Nunca*

Dentista Actual: _____ ¿Su hijo tiene dolor dental? *Sí* *No*

¿Su hijo tiene seguro dental? (encierre en un círculo una opción): *Sin seguro* *Medicaid* *Seguro Dental Privado*

Si es Medicaid, ¿cuál es el número de identificación de Medicaid de su hijo? _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES

Nombre del Padre/Madre/Tutor: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Correo Electrónico: _____

Padre/Madre/Tutor Empleado: *Sí* *No* Ingreso Familiar Anual: _____

Vivienda: *Propio* *Alquiler* *Sin Hogar* *Otro* Adultos en el Hogar: _____ Niños en el Hogar: _____

Barreras de atención médica (encierre en un círculo todos lo que correspondan): *Costo* *Transporte*
Idioma *Horarios* *Ansiedad* *Encontrar un proveedor que aceptará mi seguro* *Otro: _____*

¿Autoriza a un dentista a brindar atención dental gratuita a su hijo? El consentimiento incluye:

- Permiso para comunicarse con usted sobre las necesidades dentales de su hijo a través de documentos, correos electrónicos, mensajes de texto, etc.
- Servicios dentales enumerados anteriormente y exención a Sagebrush Smiles de responsabilidad por resultados adversos
- Si corresponde, solicitud de reembolso a terceros pagadores, tales como Medicaid o ayuda con la inscripción
- Recopilación de datos, encuestas, uso de imágenes para redes sociales e informes y seguimiento de la derivación y manejo de casos
- El consentimiento se otorga anualmente (por los siguientes 12 meses) un formulario HIPPA está disponible bajo petición
- Si desea rechazar el consentimiento de uno o más servicios, trace una línea a lo largo de la sección anterior

Nombre del Padre/Madre/Tutor: _____ **Fecha:** _____