

Por favor escriba en letra de molde y con tinta!!!

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____
 PROFESORA: _____ GRADO _____
 CONDADO : _____

Si no esta interesado/a en este programa, favor de escribir el nombre de su hijo/a y ponga "NO" en esta forma.

Estimado Padre o Guardián,
 OPDS, Ltd. y El Departamento de Ayuda Publica de Illinois han hecho arreglos para servicios preventivos dentales para niños elegibles. Estos servicios puede incluir examen, limpieza, tratamiento fluoruro, y sellados (una capa protectora en la superficie del lado de mascar de los dientes de atrás). Dentistas con licencia, higienistas y asistentes vendrán a la escuela de su niño/a con equipo dental portátil. Para que su niño reciba estos servicios **USTED TIENE QUE PROVEER TODA LA INFORMACION NECESARIA Y FIRMAR EN LA AREA INDICADA.**

Nombre de su niño/a _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Tele. en casa () _____

 Escriba en letra de molde

Domicilio _____ Ciudad _____ Zona Postal _____ Sexo: masculino/femenino

¿SU NIÑO/A TIENE ALGUNA HISTORIAL MEDICO QUE PUEDA COMPLICAR EL TRATAMIENTO DENTAL?
 Murmullo del corazón ____: Alergia a Látex ____: Desorden sanguíneo ____: Otro caso _____

Iniciales del Dentista
 Reviso historial medico

¿SU NIÑO/A CALIFICA PARA COMIDAS GRATIS ó REDUCIDAS? SI NO
 # de miembros en la familia _____ Ingreso por año (opcional) _____

¿ESTA SU NIÑO/A INSCRITO EN EL PROGRAMA "ALL KIDS" (AYUDA PUBLICA/ MEDICA 0 KID CARE)? SI NO

Si puso "SI" incluya el numero de identificación de recipiente de su hijo/a _____
EL NUMERO DE 9 DÍGITOS ATRÁS DE LA TARJETA MEDI-PLAN

¿SU NIÑO/A ESTA CUBIERTO POR ASEGURANZA DENTAL PRIVADA? SI NO

ORIGEN ÉTNICO: Hispano ____ No Hispano ____ RAZA: Blanca ____ Africano Americano ____
 Indio Americano/ Nativo de Alaska ____ Asiático/Isleño Pacifico ____ Otro ____ Desconocido ____

Iniciales del Dentista
 Reviso la firma

**Firma: _____ Fecha _____
PADRE ó GUARDIAN NECESITA FIRMAR PARA PARTICIPAR!!!!!!

**Al firmar esta forma, usted esta dando el permiso para tratar a su hijo/a y también verificar que usted leyó atrás de esta forma referente al HIPAA.
 **Este también le da permiso a IDPH, a la auditoria de QA y proveedores para regresar a la escuela y volver a revisar el sellado de su hijo/a.

NO ESCRIBA DESPUES DE ESTA LINEA (Rev 03/11)

TO BE COMPLETED BY DENTIST

Prior Restorations – Prior Sealants

_____	Sealants Present	_____ YES	_____ NO	(Prior to exam – 1 st molars only)
_____	Caries Experience	_____ YES	_____ NO	
_____	Untreated Caries	_____ YES	_____ NO	
_____	Oral Hygiene Status	_____ GOOD	_____ FAIR	_____ POOR
_____	Periodontal Status	_____ GOOD	_____ FAIR	_____ POOR

CURRENT DENTAL STATUS OF PATIENT:

TREATMENT NEEDED

<u>DECAY</u>	<u>SEALANTS</u> Placed Today	<u>SCORE</u>	<u>ORAL HEALTH ASSESSMENT RATING</u>
---------------------	--	---------------------	---

_____	_____	_____	1. Preventive Care (services rendered today) – There is no visual evidence of caries activity or periodontal pathology.
_____	_____	_____	2. Restorative Care – Amalgams, composites, crowns, etc.
_____	_____	_____	3. Urgent Treatment – Abscess, nerve exposure advanced disease state, signs or symptoms that include pain, infection or swelling.

Dentist/Hygienist Signature _____ / _____
 (Reviewed Name/D.O.B)

Treatment Date: _____ Dentist's Signature: _____