Ronald McDonald Care Mobile
Programa de sellado dental
Formulario de consentimiento

Estimados Padres / Tutores:

La Red de Salud del Suroeste de la Florida ("HCN") será el patrocinador de un programa dental en la escuela de su hijo pronto. Este programa está disponible para los estudiantes de primer y segundo grado. El objetivo de este programa es detener la caries y aumentar la salud dental. Un higienista dental evaluará los dientes del niño y decidirá cuáles muelas tendrán que ser selladas. No se tomarán radiografías. Los dientes seleccionados se revestirán con un sellador plástico. El sellante aísla alimentos y bacterias. ¡Los sellantes son seguros, indoloros, sencillos de aplicar, y detienen las caries! Son aprobados por la Asociación Dental Americana. Su hijo también puede ser examinado el próximo año y los nuevos sellantes se pondrán en caso de que sea necesario.

HCN estará ofreciendo este programa **sin costo alguno** para los padres / tutores. Sin embargo, HCN solicitará un reembolso a Medicaid y / u otros proveedores privados / públicos de seguro de salud si están disponibles. **No se requiere un seguro, pero le pedimos que si usted tiene una cobertura, nos proporcione la información de modo que podamos obtener el pago para que podamos continuar con nuestro programa**. Los Co-pagos y los costes para los niños sin seguro serán cubiertos utilizando fondos de la subvención o de otras fuentes.

A continuación se presenta el formulario de consentimiento en el que usted nos da permiso para detectar y aplicar sellantes a su hijo, nos da permiso para solicitar el reembolso de cualquier seguro que pueda tener, nos proporcionan información básica sobre su hijo, y acusar recibo de nuestro Aviso de Políticas de Privacidad (disponibles en www.HealthcareSWFL.org).

Si tiene alguna pregunta el número de contacto del programa de sellado dental HCN Ronald McDonald Care Mobile® es (239) 658- 3013.

POR FAVOR REGRESE ESTE FORMATO A LA ESCUELA INMEDIATAMENTE.

Consentimiento para Examen y Sellantes

Yo, como padre o tutor legal del niño mencionado a continuación, por medio de la presente autorizo a HCN, sus instalaciones o centros de tratamiento, sus odontólogos y / o higienistas dentales a cargo del cuidado de mi hijo, para realizar los exámenes de detección y sellantes, que se consideren necesarios.

Nombre del niño_____Fecha de Nacimiento _____
Teléfono _____
Sexo (M/F) _____

Otra información del seguro (Si aplica)
Nombre de la compañía: _____ Suscripción/Póliza No.: _____

¿Su hijo tienes problemas de salud graves? Si___ No___
¿Su hijo tiene alergias? Si___ No___
¿Su hijo toma medicamentos? Si___ No___
Si es así por favor explíquelo: _____

CON MI FIRMA ABAJO RECONOZCO LO ANTERIOR, Y RECIBO LA NOTIFICACIÓN DE POLÍTICAS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DENTAL DEL NIÑO EN MENCIÓN Y A QUE HCN SOLICITE EL REEMBOLSO POR LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS AL MISMO.

_____ _____
Firma del Padre/Tutor Fecha

_____
Nombre del Padre/Tutor (Imprenta)

_____
Dirección de Correspondencia Ciudad Estado Código Postal

Healthcare Network of Southwest Florida
1454 Madison Avenue
Immokalee, FL 34142
239-658-3000

Ronald McDonald Care Mobile®
P.O. Box 877
Immokalee, FL 34143
239-658-3013

www.healthcareswfl.org

Tampa Bay Translations, LLC
Unlock the Boundaries

Tampa Bay Translations, LLC 111 2nd Ave NE, Suite 900, St Petersburg, FL 33701 U.S. & Canada
Phone Toll Free: 1 (866) 677-3013: Fax Toll Free: 1 (866) 711-8152-File: 5977-A