



Servicios Escolares Dentales

Distrito Escolar de Harrisburg

Programa Dental y Salud Escolar



Estimados Padres,

El Distrito Escolar de Harrisburg en asociación con La Fundación Highmark y el Centro de Salud Hamilton estará ofreciendo un programa para la prevención de la salud y prevención dental para los estudiantes. Los estudiantes podrán recibir: (1) una evaluación dental/examinación física y/o visitas en caso de enfermedades y/o (2) un cuidado de prevención dental. Los servicios se pueden cobrar al seguro pero no se le negará el servicio a ningún niño (a) en base a la falta de cobertura de seguro o a su habilidad para pagar.

Para inscribir a su niño (a) en el programa, por favor firme esta hoja y ponga la fecha en la parte de abajo. Llene esta hoja completamente en tinta negra.

Se otorga permiso a _____ /____/____ /____/____/____ a recibir:
(Escriba el primer nombre y apellido del estudiante) (Fecha de nacimiento) (Escuela) (Grado) (Aula)

1. Examen dental, fluoruro dental, sellados dentales, rayos-x, limpieza.
2. Evaluación para la salud y examen físico, visitas en caso de estar enfermo

Autorizo el pago directo de los beneficios de seguro al Centro de Salud Hamilton.

- SI** ó Deseo recibir los servicios dentales para mi niño(a).
- SI** ó Deseo recibir la examinación física para mi niño (a).
- Por favor notifíqueme el día y la hora de la cita para los servicios dentales y examen medico para mi niño(a).
- SI** ó Doy permiso para que mi niño (a) reciba el transporte a las clínicas escolares.
- SI** ó Doy permiso para que mi niño(a) participe en las Clases de Educación para La Salud.
- NO** ó **No** deseo recibir los servicios dentales para mi niño(a). **Proveeré la documentación de una examinación dental efectuada por mi dentista privado.**
- NO** ó **NO** deseo recibir un examen físico para mi niño(a). **Proveeré la documentación de una examinación efectuada por mi doctor privado.**

A mi mejor conocimiento toda la información que he provisto es correcta. Si mi niño(a) tiene un cambio posible en su historial medico, yo informaré al doctor o dentista.

Nombre del Padre/Guardián

 X
Firma del Padre/Guardián Legal
 (Para permitirle al niño a recibir los servicios médicos/dentales)

Nombre del asegurado (padre/guardián)

 X
Firma del Padre/Guardián/Legal
 (Para que el Distrito Escolar de Harrisburg reciba los beneficios de seguro)

Compañía de Seguro

Grupo # (en la tarjeta de seguro)

Fecha
Si Ud. tiene preguntas acerca de los asesoramientos de salud/exámenes físicos o dentales, por favor llame al 703-1268.

I.D. # (en la tarjeta de seguro)



**Servicio Escolar para La Salud
Programa Para La Salud y Servicio Dental
Distrito Escolar de Harrisburg**



Por favor complete este formulario:

Nombre del niño (a) _____ Fecha de nacimiento: _____ Raza: _____

Dirección: _____ Sexo: M o F SS#: _____

Escuela: _____ Grado: _____ Aula: _____

Padre/Guardián Legal: _____ Teléfono: (casa) _____ - _____
(celular) _____ - _____
Idioma Natal: inglés, español, otro: _____ (trabajo) _____ - _____

Contacto para Emergencias: _____

Historial Médico del Niño (a)

Medico Primario de Cuidado Medico: _____

Este niño(a) toma las siguientes medicinas: _____

Este niño(a) tiene estas alergias (a medicinas, alimentos, látex, etc.): _____

¿Ha tenido su niño(a) alguna de las siguientes condiciones? Por favor coloque en circulo Si o No.

Anemia	Si	No	Hepatitis	Si	No
Asma	Si	No	Infección VIH	Si	No
Sangrado Prolongado	Si	No	Incapacidad física	Si	(liste: _____) No
Cáncer	Si	No	Incapacidad mental	Si	(liste: _____) No
Diabetes	Si	No	Incapacidad emocional	Si	(liste: _____) No
Problemas endocrinos	Si	No	Convulsiones	Si	No
Enfermedad cardiaca	Si	No	Prueba de tuberculosis	Si	(pos o neg.) No
Soplo del corazón	Si	No	Fiebre reumática	Si	No
Dolores en el pecho	Si	No	Hospitalización	Si	No
Cirugía	Si	No	Si contesta si, cuando/por que razón:	_____	
			Otro:	_____	

Si contesto si a cualquiera de las preguntas arriba, por favor brinde los detalles aquí:

Historia Dental:

¿Ha visitado su niño al dentista alguna vez? Si No Fecha de última cita: _____

¿Se ha golpeado alguna vez la boca o los dientes de su niño(a)? Si No Si contesta si, como y cuando? _____

¿Se chupa o se chupo en el pasado el dedo gordo su niño(a)? Si No

¿Cuántas veces al día toma bebidas gaseosas/jugos azucarados su niño (a)? _____

¿Que información desea saber acerca de los dientes? _____

QUEJA MAS IMPORTANTE: _____