

Gobierno del Distrito de Columbia

Formulario de consentimiento del Programa de Salud Bucal en las Escuelas

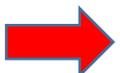
Estimado padre/madre o tutor:

El Departamento de Salud del Distrito de Columbia (DC Health) patrocina servicios dentales preventivos en la escuela de su hijo a través del Programa de Salud Bucal de las Escuelas del DC (SBOHP, en inglés). A través de este programa, los dentistas con licencia y su personal realizan exámenes ("chequeos") y radiografías a los estudiantes que no han visto a un dentista en los últimos seis (6) meses. Los servicios incluyen limpiezas dentales, tratamientos con flúor y selladores (según sea necesario). Los estudiantes que necesiten servicios que no se ofrecen en la visita (como empastes, perforaciones, inyecciones, extracción de dientes o aparatos de ortodoncia) se remitirán a dentistas locales. La información de la visita de su hijo(a) se compartirá con la enfermera de la escuela u otro punto de contacto en la escuela y con el SBOHP para fines de facturación, tratamiento, seguimiento y supervisión del programa.

TOME NOTA: Los niños deben visitar a su dentista cada seis (6) meses. Los servicios del SBOHP NO deben sustituir la visita regular al dentista del niño. Los proveedores de atención dental revisarán la cobertura de seguro dental y la última visita dental de todos los niños que serán examinados en la escuela y facturarán al seguro cualquier servicio prestado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	
Nombre del estudiante:	
Fecha de nacimiento (MM/DD/AA):	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro
Dirección del hogar (calle, ciudad, estado, código postal):	
Nombre de la escuela:	Grado:
Nombre del maestro:	
Nombre del padre/madre o tutor:	
Número de teléfono:	Número de teléfono alternativo:
Dirección de correo electrónico:	
Última visita al dentista: <input type="checkbox"/> 1-3 meses <input type="checkbox"/> 4-6 meses <input type="checkbox"/> 6+ meses <input type="checkbox"/> no está seguro <input type="checkbox"/> nunca	
Proveedor primario de atención dental:	

SEGURO MÉDICO	
Debe marcar una de las casillas y proporcionar toda la información relacionada para que su hijo(a) reciba los servicios.	
<input type="checkbox"/> El menor tiene el siguiente plan de seguro de Medicaid/Health Families:	
<input type="checkbox"/> DC Healthy Families <input type="checkbox"/> DC Medicaid <input type="checkbox"/> AmeriHealth Caritas <input type="checkbox"/> Amerigroup DC <input type="checkbox"/> Trusted Health	
<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> N.º de Medicaid/DC Healthy Families:
<input type="checkbox"/> Este niño tiene un seguro dental privado:	
Compañía de seguros:	Teléfono de la compañía de seguros:
Empleador:	Teléfono del empleador:
Nombre del adulto asegurado:	Fecha de nacimiento del adulto asegurado:
N.º de identificación del afiliado/N.º de póliza:	N.º del grupo:
<input type="checkbox"/> El menor no tiene ningún seguro dental	



Gobierno del Distrito de Columbia

Formulario de consentimiento del Programa de Salud Bucal en las Escuelas

Como padre/madre o tutor del estudiante arriba mencionado, doy consentimiento para que reciba servicios dentales a través del Programa de Salud Bucal en las Escuelas del Departamento de DC Health. Entiendo que la participación de mi hijo(a) otorga consentimiento para lo siguiente:

- Que el proveedor de atención dental verifique la información del seguro antes de que se presten los servicios.
- Que el proveedor de atención dental facture y cobre el pago de cualquier pagador de Medicaid, seguro privado u otro.
- Si tengo seguro dental privado, que el proveedor de atención dental facture a la familia por cualquier deducible y/o copago.
- Que el proveedor de atención dental comparta confidencialmente la información clínica de mi hijo con DC Health, el Departamento de Finanzas de la Atención Médica del DC, las Organizaciones de Cuidado Administrado de Medicaid y otros proveedores clínicos involucrados en la atención médica de mi hijo(a).

Además, acepto liberar, indemnizar y eximir de responsabilidad al Gobierno del Distrito de Columbia y a cualquier agencia, empleado, funcionario, agente o representante de este, de todas las reclamaciones, demandas, acciones o sentencias que yo o mis herederos, ejecutores, administradores o cesionarios podamos tener por cualquier y todas las lesiones y daños, conocidos o desconocidos, causados por o derivados de las actividades antes mencionadas. **Entiendo que si no firmo este formulario de consentimiento, mi hijo(a) no recibirá ningún servicio ofrecido por este programa.**

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante una notificación por escrito al Programa de Salud Bucal en las Escuelas de DC Health (899 N. Capitol St. NE, 3rd Floor, Washington, DC 20002) o a través del correo electrónico hcab.dchealth@dc.gov. Entiendo, además, que hasta que se efectúe esta revocación, el consentimiento para los servicios permanecerá vigente durante un año calendario a partir de la fecha en que se firme, y la información de mi hijo(a) seguirá siendo accesible a las partes antes mencionadas para los fines específicos descritos.

Proporcione la siguiente información para ayudar al proveedor de atención dental a prestarle un mejor servicio a su hijo(a):

INFORMACIÓN MÉDICA			
Marque cada afección que se aplique a su hijo(a) y explique en el espacio provisto.			
<input type="checkbox"/>	Problemas dentales		
<input type="checkbox"/>	Problemas cardíacos/reemplazo de válvulas/derivaciones		
<input type="checkbox"/>	Asma/problemas respiratorios		
<input type="checkbox"/>	Epilepsia/convulsiones		
<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/> Alergia al látex	<input type="checkbox"/> Alergia a los piñones <input type="checkbox"/> Alergia al acrílico
<input type="checkbox"/>	Medicamentos actuales		
<input type="checkbox"/>	Se requiere profilaxis de antibióticos		
<input type="checkbox"/>	Otros problemas de salud (diabetes, problemas de sangrado, enfermedades contagiosas, etc.).		
Médico y/o proveedor de atención médica primaria del menor (si corresponde):			

He leído la notificación en el reverso de esta página y entiendo y acepto sus términos. Con mi firma, doy mi consentimiento informado para que mi hijo(a) reciba servicios a través del Programa de Salud Bucal en las Escuelas de DC Health.

Firma del padre/madre o
tutor: _____

Fecha: _____