

I - SMILE™ ORAL HEALTH PROGRAM

IOWA DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES AND SIOUXLAND DISTRICT HEALTH DEPARTMENT

Nombre del Niño(a):			M F	Edad:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:		Código postal:	Numero de telefono: Correo Electronico:		
Raza: Blanco Negro/Africano Americano Asiático	Etnicidad: Hispano/Latino No-Hispanic/Latino		<input type="checkbox"/> Si doy mi consentimiento al uso de la agencia de mandar mensajes de texto y/o correo electrónico, para enviarme seguimiento, citas, y la información de los servicios de I-Smile™.		
Hawaiano/Isleño del Pacifico Indio Americano Otro :					
¿Qué idiomas se hablan en casa? Inglés Español Vietnamita Otro:	¿Necesita Intérprete? Si No	¿Su hijo(a) recibe lonche gratis o reducido? Si No			
¿Cómo paga por el cuidado dental de su hijo(a)? Medicaid/Dental Wellness Plan Kids Hawk-i Seguro Privado Efectivo Otro:					
¿Dentista del Niño(a):		Última Visita:	6 meses o menos	1 Año	Mas de un año
			Mas de 3 años	Mas de 5 años	Nunca Desconocido
¿Su hijo(a) tiene doctror familiar?		Si No Desconocido	Nombre del Doctor Familiar:		
¿Su hijo(a) tiene seguro medico?		Si No Desconocido			
¿Cuándo fue la visita más reciente que tuvo su hijo(a) para un examen fisico? 3 meses 6 meses 12 meses mas de 1 año Desconocido					
¿Su hijo(a) toma medicamentos actualmente? No Si:					
¿Su hijo(a) tiene alergias? No Si:					
¿Su hijo(a) esta actualizado(a) con sus vacunas? Si No Desconocido					
¿Algun problema o preocupación con los dientes ó boca de su hijo(a)?					
<input type="checkbox"/> SI , Doy permiso para que mi hijo(a) resiba los servicios del programa I-Smile™ Oral Health puede incluir revision dental, varniz de floruro y la aplicacion de selladores dentales.					
<input type="checkbox"/> NO , no doy permiso para que mi hijo(a) reciba los servicios del programa I-Smile™ Oral Health.					
¿Es usted PADRE o GUARDIAN ? _____ (por favor circule) IMPRESA Nombre del Padre/Guardian Relación					
<small>Consentimiento y privacidad: Me ofrecieron un Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que este consentimiento es válido por (1) año al menos que sea retirado por escrito por el padre o tutor o cliente (cuando tenga la mayoría de edad). Entiendo que los servicios que serán resividos no toman el lugar de una revision dental en un consultorio dental. Entiendo que estos servicios son proveidos bajo el Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos y El Programa de Salud de Niños y Adolescentes. Entiendo que los expedientes crados y mantenidos como parte de este programa son propiedad del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Entiendo que la informacion de estos expedientes puede ser compartida con el Departamento de Salud y de Servicios Humanos y sus agentes; Titulo V contratistas y subcontratistas, Empresa de Medicaid de Iowa, o persona designada para la coordinación de la atención , la auditoria y la mejora de la calidad, u otras funciones legalmente autorizadas.</small>					
FIRME AQUI	<input checked="" type="checkbox"/> _____ FIRMA Padre o Guardian		_____ Fecha		
<small>Liberación de Información: Autorizo voluntariamente al Departamento de Salud del Distrito de Siouxland a divulgar, obtener o intercambiar información manualmente y/o a través de una plataforma electrónica mantenida por el sistema de datos del DHHS con los siguientes: médicos, dentistas, Head Start, escuelas. Este comunicado no autoriza la divulgación de material protegido por las leyes federales y/o estatales aplicables a la información relacionada con el abuso de sustancias, la salud mental y/o el SIDA.</small>					
FIRME AQUI	<input checked="" type="checkbox"/> _____ FIRMA Padre o Guardian		_____ Fecha		
OFFICE USE ONLY: CH# _____ TXIX # _____ DATE: _____ GRADE: _____ <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> A LOCATION/SCHOOL: _____ DISTRICT _____					