

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_

Nombre legal completo del menor: \_\_\_\_\_  
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido)

Dirección: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Código postal)

Fecha de nac.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Género: \_\_\_\_ Correo electrónico del padre / tutor: \_\_\_\_\_  
(Mes) (Día) (Año)

Número de Seguro Social del niño: \_\_\_\_\_

Cuál de las siguientes opciones describe mejor a su niño (marque una o más): Negro / Afroamericano Blanco Hispano / Latino  
Asiático Árabe americano Indoamericano / Alasqueño Nativo hawaiano / De otras islas del Pacífico Otro

## Consentimiento de los padres

(Por favor marque una casilla)

SÍ  NO Doy permiso para que mi hijo reciba: **fluoruro, revisión dental y selladores.**

SÍ  NO Doy mi permiso a SEAL! Michigan para utilizar fotos de mi hijo con fines educativos o promocionales.

*La información personal de su hijo se mantendrá como confidencial y no se compartirá con nadie que no esté directamente involucrado en su atención, de conformidad con la Ley de portabilidad y responsabilidad del seguro médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA). Puede revisar el Aviso de privacidad de HIPAA (HIPAA Privacy Notice) en el sitio web MiOttawa.org/dental. Puede solicitar una copia Aviso de privacidad de HIPAA (HIPAA Privacy Notice) llamando al 616-393-5771.*

Nombre en letra de imprenta del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre, madre o tutor: \_\_\_\_\_ Relación con el menor: \_\_\_\_\_

## Antecedentes médicos

(Por favor marque una casilla)

SÍ  NO 1) ¿Su hijo es alérgico a algo? *En caso afirmativo, por favor lista aquí:* \_\_\_\_\_

SÍ  NO 2) ¿Su hijo toma algún medicamento? *En caso afirmativo, por favor lista aquí:* \_\_\_\_\_

SÍ  NO 3) ¿Su hijo tiene algún problema médico como enfermedades cardíacas, asma, fiebre del heno, hepatitis, cáncer, diabetes o algún otro problema de salud? *En caso afirmativo, por favor lista aquí:* \_\_\_\_\_

SÍ  NO 4) ¿Su hijo tiene problemas de aprendizaje o emocionales? *En caso afirmativo, por favor lista aquí:* \_\_\_\_\_

SÍ  NO 5) ¿Su hijo acude a un dentista? *En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha de su última visita?* \_\_\_\_\_

## Información del seguro

**No tendrá que pagar nada por este programa, no importa si tiene o no un seguro.** Medicaid / Healthy Kids Dental / MICHild y otras compañías de seguros dentales podrían ser facturadas para ayudar a cubrir el costo de este programa. Por favor, llene la siguiente información del seguro.

Medicaid #: \_\_\_\_\_ y / o nombre de otro seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_  
(Primer nombre) (Apellido)

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Núm. de grupo: \_\_\_\_\_  
(Mes) (Día) (Año)

Núm. de póliza o ID: \_\_\_\_\_ O Núm. de seguro social del asegurado \_\_\_\_\_