

## Gobierno del Distrito de Columbia

### Formulario de consentimiento del Programa de Salud Bucal en las Escuelas

Estimado(a) padre/madre o tutor:

El Departamento de Salud del Distrito de Columbia (DC Health) patrocina servicios odontológicos preventivos en la escuela/ instalación de su hijo(a) a través del Programa de Salud Bucal en las Escuelas del DC (SBOHP). 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 niños que puedan necesitar servicios adicionales, como empastes, perforaciones, inyecciones, extracción de dientes u ortodoncia, serán remitidos a sus centros de odontología. La información del control de su hijo(a) se compartirá con la persona de contacto apropiada en la escuela/instalación y con el SBOHP para fines de seguimiento y monitoreo del programa.

**PARA TENER EN CUENTA:** Los niños deben consultar a sus odontólogos cada seis (6) meses. Los servicios del SBOHP NO deben sustituir la visita regular al odontólogo del niño. Los proveedores de atención odontológica revisarán la cobertura de seguro dental y la última cita odontológica de todos los niños que serán examinados en la escuela/instalación y facturarán al seguro cualquier servicio prestado.

INFORMACIÓN DEL NIÑO/ESTUDIANTE	
<b>Nombre del menor:</b>	
<b>Fecha de nacimiento (DD/MM/AA):</b>	<b>Identidad de género actual:</b>
<b>Dirección particular</b> (calle, ciudad, estado, código postal):	
<b>Etnia</b> (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano/no latino <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
<b>Raza</b> (marque todo lo que corresponda):	<input type="checkbox"/> Indígena estadounidense/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/de las islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<b>Nombre de la escuela/instalación:</b>	<b>Grado:</b>
<b>Nombre del docente:</b>	
<b>Nombre del padre/madre o tutor:</b>	
<b>Número de teléfono:</b>	<b>Número de teléfono alternativo:</b>
<b>Dirección de correo electrónico:</b>	
<b>Última visita odontológica:</b> <input type="checkbox"/> Hace 1 a 3 meses <input type="checkbox"/> Hace 4 a 6 meses <input type="checkbox"/> Hace más de 6 meses <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Nunca	
<b>Proveedor primario de servicios odontológicos:</b>	

SEGURO MÉDICO	
<b>DEBE MARCAR UNA DE LAS CASILLAS Y BRINDAR TODA LA INFORMACIÓN RELACIONADA PARA QUE SU HIJO(A) RECIBA LOS SERVICIOS.</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Este menor tiene el siguiente plan de seguro de DC Medicaid/DC Healthy Families</b>	
<input type="checkbox"/> AmeriHealth Caritas (N.º de id.: <input type="checkbox"/> Amerigroup (N.º de id.: <input type="checkbox"/> Health Services for Children with Special Needs (HSCSN) Inc. (N.º de id.:	<input type="checkbox"/> MedStar Family Choice (N.º de id.: <input type="checkbox"/> Medicaid Fee-For-Service (“Straight Medicaid”) (N.º de id.: <input type="checkbox"/> Otro:
<input type="checkbox"/> <b>El menor tiene un seguro dental privado:</b>	
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"/> <b>El menor no tiene ningún seguro dental</b>	



## 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 odontológicos a través del Programa de Salud Bucal en las Escuelas de DC Health. Entiendo que la participación de mi hijo(a) otorga consentimiento para lo siguiente:

- Que el proveedor de servicios odontológicos verifique la información del seguro antes de que se presten los servicios.
- Que el proveedor de servicios odontológicos facture y cobre el pago de cualquier pagador de Medicaid, seguro privado u otro.
- Si tengo seguro odontológico privado, que el proveedor de servicios odontológicos facture a la familia por cualquier deducible o copago.
- Que el proveedor de atención odontológica comparta confidencialmente la información clínica de mi hijo(a) con DC Health, el Departamento de Financiación de Servicios de la Salud del DC, las Organizaciones de Atención Administrada 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 todos los reclamos, demandas, acciones o sentencias que yo o mis herederos, ejecutores, administradores o cesionarios podamos tener por cualquiera 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 ninguno de los servicios que ofrece este programa.**

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante aviso escrito al Programa de Salud Bucal de DC Health (2201 Shannon Place SE 5th Floor, Washington, DC 20020) o por correo electrónico a [doh.oralhealth@dc.gov](mailto:doh.oralhealth@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.

**Brinde la siguiente información para ayudar al proveedor de servicios odontológicos a prestarle un mejor servicio a su hijo(a):**

INFORMACIÓN MÉDICA
<b>MARQUE CADA AFECCIÓN QUE CORRESPONDA A SU HIJO(A) Y EXPLIQUE EN EL ESPACIO OFRECIDO.</b>
<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"/> Otros
<input type="checkbox"/> Medicamentos actuales
<input type="checkbox"/> Se requiere profilaxis antibiótica
<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 el aviso en el reverso de esta página y entiendo y acepto sus términos. Al firmar, 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: \_\_\_\_\_