



# Coordinación de la atención dental

## Consentimiento para la atención dental

All Smiles Community Oral Health está trabajando con la escuela de su hijo para proporcionar una coordinación de atención dental gratuita. Con su consentimiento, le ayudaremos a encontrar atención dental en su comunidad. Complete el siguiente formulario para que podamos empezar a conseguir de inmediato la ayuda que su hijo necesita.

Nombre del niño: _____ (Apellido) (Nombre) (Nombre de preferencia)
Fecha de nacimiento del niño (mes/día/año): _____ / _____ / _____ Grado: _____
Escuela: _____

<b>Información de contacto</b>	
Nombre del padre o tutor	
Número de teléfono para contactarle con mayor seguridad: _____	Permiso para enviarle un texto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección de correo electrónico: _____	
Dirección de correo: _____	
Idioma que se habla en la casa: _____	

### Proporcione la siguiente información para que podamos atender mejor a su hijo:

<b>Mi hijo experimenta (marque todas las que correspondan)</b>	
<input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Inflamación <input type="checkbox"/> Sangrado <input type="checkbox"/> Úlceras bucales <input type="checkbox"/> Molestia <input type="checkbox"/> Diente roto <input type="checkbox"/> Otros _____	
Mi hijo está tomando (mencione los medicamentos):	Ninguno: <input type="checkbox"/>
Mi hijo es alérgico a:	Ninguno: <input type="checkbox"/>
Algún problema de salud actual::	Ninguno: <input type="checkbox"/>
Alguna conducta que debemos tomar en consideración:	Ninguna: <input type="checkbox"/>
Otra información que nos ayude a atender mejor a su hijo:	Ninguna: <input type="checkbox"/>

### Llene la siguiente sección. No recibirá factura.

Seguro médico: <input type="checkbox"/> Plan de Salud de Oregon (Oregon Health Plan, OHP) / # de identificación de Medicaid _____ <input type="checkbox"/> Empresa privada de seguro dental _____ <input type="checkbox"/> Sin seguro médico	La coordinación de atención para su familia es gratuita. No recibirá factura.
---	---

Al firmar a continuación:  Como padre/tutor legal, doy mi consentimiento para la divulgación y el intercambio de información, incluida cualquier información médica personal pertinente, entre los proveedores de All Smiles Community Oral Health y de los socios colaboradores, el personal de la escuela, las compañías de seguros, el dentista del niño, la Organización de Atención Coordinada (Coordinated Care Organization) aplicable o la Organización de Atención Dental (Dental Care Organization) de registro. He recibido una copia de los "Avisos de las prácticas de privacidad". Las prácticas de privacidad están disponibles en el sitio web de All Smiles <a href="https://AllSmilesCOH.org/forms">AllSmilesCOH.org/forms</a> .
<b>Firma del padre o tutor:</b> _____ <b>Fecha:</b> _____