

**Departamento de Salud de Florida del Condado de Pasco
Programa de Salud Oral Bus Dental – Sin costo para los Padres**



Grados Seleccionados para el Programa de Sellante Dental

Los estudiantes de segundo, tercero, cuarto y quinto grado reciben evaluación dental, selladores dentales, fluoruro. Los estudiantes de sexto, séptimo y octavo grado reciben evaluación dental, selladores dentales, barniz de fluoruro.

Su niño recibirá un cepillo de dientes, pasta de dientes y hilo dental.

Escuela _____ Maestra _____ Grado _____

Nombre del niño(a) _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Código postal _____

Raza/Etnicidad Blanco Negro/Afroamericano Asiático Indio Americano/Nativo Hispano Otro

Sexo Masculino Femenino / Mi niño(a) tiene un dentista: Sí No Nombre del dentista _____

Historial de salud del niño

Sí No ¿Ha tenido su niño(a) una evaluación o atención dental dentro del último año?

Sí No ¿Ha estado su niño(a) seriamente enfermo? Si contestó sí, explique _____

Sí No ¿Es su niño(a) alérgico a algo? Si contestó sí, explique _____

Sí No ¿Está su niño(a) tomando alguna medicina? Si contestó sí, explique _____

Con mi firma abajo doy mi consentimiento para que mi niño(a) reciba los servicios arriba señalados, y también apruebo la sección "Inicio de Servicios" del Departamento de Salud de Florida, en el reverso de este documento, y el "Acuerdo de no perjudicar, indemnizar y eximir de responsabilidad" al reverso de este documento.

Certifico que he LEÍDO y ENTIENDO las declaraciones anteriores, que he dado la información de acuerdo a mi mejor conocimiento, y que me han contestado todas mis preguntas. Entiendo que mi niño no recibirá otro tipo de cuidado dental fuera del especificado aquí. Entiendo que este programa proviene del Departamento de Salud de Florida, bajo el Programa de Cuidado Dental del Condado de Pasco en la escuela de mi niño. En mi nombre y a nombre del paciente, autorizo a los proveedores de salud dental a recibir compensación por parte de cualquier seguro o cualquier tercera parte para cubrir los servicios provistos a este paciente. Entiendo que no habrá ningún desembolso de efectivo para que mi niño reciba estos servicios.

DEVUELVA EL FORMULARIO A SU ESCUELA CON "SI" O "NO" PARA EL PROGRAMA DENTAL BUS.

Elija Sí No **DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE MI NIÑO(A) PARTICIPE.**

Información sobre el Padre/Madre/Representante Legal

Nombre del Padre/Madre/Representante Legal _____ Teléfono _____

Firma del padre/madre/encargado _____ Fecha _____



Inicio de servicios

Parte 1 CONSENTIMIENTO ENTRE CLIENTE-PROVEEDOR

Nombre del cliente: **VER AL REVERSO**

Nombre de la agencia: Departamento de Salud de Florida, Condado de Pasco

Dirección de la agencia: 10841 Little Road New Port Richey FL 32654

Doy mi consentimiento para entrar en una relación cliente/proveedor. Autorizo al personal del Departamento de Salud y a sus representantes a prestar servicios de salud de rutina. Entiendo que estos servicios son de tipo confidencial y voluntarios y podrían representar visitas a la oficina del médico para la obtención del historial médico, exámenes, administración de medicamentos, pruebas de laboratorio y/o procedimientos menores. Podría discontinuar esta relación en cualquier momento. Podría retirar mi consentimiento entregando mi petición por escrito al proveedor.

PARTE II CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN (sólo para propósitos de tratamiento, pago o gestiones de salud) Doy mi consentimiento para que se comparta mi información médica, incluyendo de tipo médico, dental, HIV/SIDA, STD, TB, prevención de abuso de sustancias, psiquiatría/psicología y manejo de caso; para tratamiento, pagos y gestiones de salud.

PARTE III ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS (Sólo aplica a terceras partes). Como cliente/representante firmando al reverso, asigno a la agencia arriba mencionada todos los beneficios provistos bajo cualquier plan de salud o póliza de gastos médicos. La cantidad de tales beneficios no excederá los cargos médicos acordados en la lista de costos aprobada. Todos los pagos bajo este párrafo deber ser hechos a la agencia arriba mencionada.

Su firma al final de la página al reverso sirve como consentimiento a esta sección.



Escuelas del Condado de Pasco

Kurt S. Browning, Superintendente de Escuelas

7227 Land O'Lakes Boulevard, Land O'Lakes, Florida 34638

ACUERDO A NO PERJUDICAR, INDEMNIZAR Y EXIMIR DE RESPONSABILIDAD

Éste es un acuerdo a no perjudicar, indemnizar y eximir de responsabilidad, el cual libera al Distrito Escolar del Condado de Pasco, sus miembros individuales, escuelas, personal, empleados, agentes y cesionarios (en adelante colectivamente denominados Distrito Escolar) de cualquier y todos los juicios, honorarios de abogados, costos, pagos, facturas médicas, daños y perjuicios, reclamaciones, demandas u otros gastos que puedan derivarse de la utilización de la propiedad del Distrito Escolar por el Departamento de Salud de Florida en el condado de Pasco, (en adelante DOH-Pasco) para los efectos de la prestación de servicios de salud dental. El padre/madre/encargado se compromete a liberar y mantener al Distrito Escolar exento contra las lesiones, daños y perjuicios, demandas o reclamaciones, que surjan de este asunto, independientemente de que tales lesiones o daños se deriven de los actos accidentales, negligentes o imprudentes de DOH-Pasco o del Distrito Escolar, sus empleados, subcontratistas, agentes y cesionarios. El padre/madre/encargado entiende que, a los efectos de este acuerdo, la participación en el evento, y la protección otorgada a la Junta Directiva por este acuerdo, no sólo se extiende e incluye el servicio prestado, sino que también abarca otros actos en la propiedad del Distrito Escolar que están directa o indirectamente relacionados con el evento.

Su firma al final de la página al reverso sirve como consentimiento a esta sección.