



Formulario de inscripción al Programa Dental 2022-2023

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Género _____
 (Como figura en la tarjeta MaineCare, si corresponde)

Dirección _____ Cód. postal _____

Teléfono(s) del padre/madre (diurno) _____ Acepta mensaje/texto Sí/No

Celular del estudiante (para recordatorios) _____ Acepta mensaje/texto Sí/No

Correo electrónico _____ Nombre de la escuela _____ Maestro/Grado _____

Número de identificación de MaineCare (termina en A) _____	<input type="checkbox"/> Sin seguro (Marcar <input checked="" type="checkbox"/>)
Seguro dental privado: Nombre de la empresa _____ Póliza N.º _____	
Grupo N.º _____ Dirección para reclamaciones _____	
Nombre del titular de la póliza _____	
Fecha de nacimiento del titular de la póliza _____	
Nombre del garante (persona responsable de las facturas): _____ Fecha de nacimiento: _____	

¿Su hijo ha tenido alguna de las siguientes condiciones? Marque todo lo que corresponda.

- | | | | |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD* | <input type="checkbox"/> Cáncer/Tumores | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica |
| <input type="checkbox"/> SIDA/VIH | <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Infección de transmisión sexual |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Labio/paladar leporino | <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> Problemas del habla/audición |
| <input type="checkbox"/> Síndrome de autismo/Asperger | <input type="checkbox"/> Enfermedad congénita del corazón | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | |
| <input type="checkbox"/> Problemas estomacales/gastrointestinales | | | |
| <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento | <input type="checkbox"/> Diabetes tipo | <input type="checkbox"/> Trastorno renal | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de sangre | <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones | <input type="checkbox"/> Trastorno hepático | <input type="checkbox"/> Otro |
- *Trastorno de déficit de atención/Trastorno de déficit de atención e hiperactividad

¿Su hijo tiene alguna alergia? Explique _____

Enumere todo medicamento que toma su hijo _____

¿Tiene su hijo dolor de dientes? Sí No ¿Ha visto su hijo a un dentista en el último año? Sí No. Si responde Sí, ¿dónde? _____

Idioma que se habla en el hogar _____

Raza del estudiante: Blanco Negro, africano, afroamericano Otro isleño del Pacífico Asiático
 Indio sudamericano/centroamericano/norteamericano, nativo de Alaska Nativo hawaiano Multirracial

Origen étnico del estudiante: Hispano/latino No hispano/latino

Número total de familiares que viven en la vivienda: _____	Ingreso total anual del grupo familiar: _____
Nombre del jefe de familia: _____	Parentesco con el estudiante: _____

Consentimiento para usar el Programa de salud oral de menores de Greater Portland Health y autorización para revelar información

Al firmar este formulario, reconozco y entiendo que:

- He recibido y leído la carta a los padres y las preguntas frecuentes sobre el Programa Dental Escolar de Greater Portland Health (“GPH”), que explica lo que es el Programa Dental Escolar de GPH y qué servicios y beneficios podría brindar a mi hijo.
- El Programa Dental Escolar de GPH es una entidad separada de la escuela y de la sala de enfermería escolar. El Programa Dental Escolar de GPH provee evaluaciones dentales y una gama de tratamiento de salud oral en un lugar de la escuela en tanto que se comunica con otros proveedores de atención médica que también pueden participar en la atención de mi hijo.
- Este consentimiento es válido por el tiempo que el estudiante esté inscrito en el Sistema Escolar de Portland o hasta que se transfiera a otra escuela (es decir, de la escuela media a la secundaria). Cuando mi hijo se transfiera de la escuela media a la secundaria, deberé volver a inscribirlo en el Programa Dental Escolar si deseo que continúe recibiendo los servicios del Programa Dental Escolar de GPH.
- Se me requiere leer y firmar el Formulario de autorización para el uso y la revelación de información de atención médica relativo a la inscripción de mi hijo en el Programa Dental Escolar de GPH.

He leído completamente este formulario y estoy de acuerdo con inscribir a mi hijo en este momento en el Programa Dental Escolar de GPH.

☞ **Firma del padre/madre/tutor:** _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha de nacimiento ____ - ____ - ____ Parentesco _____