



Formulário de Consentimento do Programa Odontológico da Escola
Favor escrever a caneta e em letra de forma e devolver ao professor de seu filho amanhã

Nome da escola: _____ Série: _____ Homeroom: _____

Nome da criança: _____ / _____ / _____ © Masculino © Feminino
(nome) (sobrenome) (Data de nascimento)

Endereço da criança: _____
(rua) (cidade) (código postal)

Melhor telefone: _____ Telefone alternativo: _____

Endereço de e-mail: _____

Informações gerais:

1. Qual idioma o seu filho fala melhor? _____ Qual idioma é falado pelos pais em casa? _____

Informações de saúde:

1. Seu filho se consulta com um dentista para fazer checkups regulares?

© SIM © NÃO

Se respondeu Sim, nome do dentista _____ Data e razão da consulta: _____

2. Seu filho está tomando algum medicamento no momento?

© SIM © NÃO

Se respondeu Sim, quais medicamentos? _____

3 Marque todas as doenças ou condições que seu filho/sua filha já teve ALGUMA VEZ na vida:

- | | | | | |
|---------------------|-------------|-------------------|------------------------|----------------------------------|
| © TDA/TDAH | © Diabetes | © Hepatite | © Herpes/herpes labial | © Doenças imunológicas |
| © Doenças do sangue | © Epilepsia | © Doença cardíaca | © Convulsões | © Doenças dos rins/do fígado |
| © Câncer | © Asma | © Tuberculose | © HIV/AIDS | © Deficiência de desenvolvimento |
| © Outra: _____ | | | | |

4. O seu filho tem alguma outra condição de saúde ou deficiência? © SIM © NÃO

Se respondeu Sim, favor enumerá-las: _____

5. Seu filho tem alguma alergia? Marque todas as opções aplicáveis: © SIM © NÃO

© Penicilina © Antibióticos © Alimentos © Látex © Resinas © Sementes de pinhão © Outra: _____

****Favor avisar a escola se houver alguma alteração no histórico médico ou medicamentos de seu filho durante o ano escolar.**

6. O seu filho tem **seguro odontológico**? © SIM © NÃO

Se seu filho tiver seguro odontológico, marque o plano e preencha as informações abaixo:

© Mass Health/Medicaid © Blue Cross/Shield © Delta Dental © Children's Medical (CMSP) © Outro _____

Número do MassHealth

Delta Dental, CMSP ou Outro seguro odontológico

Seguradora: _____
Endereço _____
Nome do segurado _____
ID do segurado _____
Data de nasc. do segurado ____/____/_____
Nº do Seguro Social do segurado ____/____/_____
Nº do grupo/apólice _____
Nome do empregador _____
Endereço do empregador _____

SIM, Programa Odontológico Completo e Abrangente – Dou o meu consentimento para que meu filho/minha filha receba um exame odontológico, limpeza, aplicação de flúor e selantes, raios x, restaurações (obturações) e Novocaína, quando necessário. – Dou a minha permissão.

NÃO, eu NÃO dou minha permissão para que meu filho/minha filha participe dos programas odontológicos da escola.

Recebi uma cópia do Aviso de privacidade da HIPAA e compreendo que ele encontra-se disponível na sala da enfermeira da escola ou online em <http://www.cmohs.net/patients.html>. Compreendo que o Commonwealth Mobile Oral Health Services (CMOHS - Serviços de Saúde Oral Móveis do Estado) e os Provedores Odontológicos do CMOHS podem usar minhas informações de saúde e informações de saúde de meu filho para operações de tratamento, pagamento, avaliação de programa e atendimento de saúde. Compreendo que os registros dentários de meu filho são confidenciais para o CMOHS. Compreendo que o CMOHS pode encaminhar meu filho a um especialista e contatar minha companhia de seguros odontológicos. Se eu tiver um seguro odontológico, autorizo a cobrança dos serviços prestados à minha seguradora. Compreendo que é minha responsabilidade informar o dentista de qualquer alteração médica. Para o programa completo e abrangente, autorizo o provedor odontológico do CMOHS a realizar todas as formas de tratamento, medicação e terapia que possam ser indicadas. Também compreendo que o uso de agentes anestésicos acarreta um determinado grau de risco. Li e entendi o programa odontológico e concordo que meu filho participe do programa odontológico.