



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE FLUORURO DE ALCANCE DENTAL

| | | | | | |
|---|--|------------------------|----------------------------|--|----------------|
| INFORMACION DEL ESTUDIANTE | | | | | Chart Number: |
| Grado: | | Maestro/a: | | Escuela: | |
| Apellido de ESTUDIANTE: | | | Primer Nombre: | | |
| Fecha de Nacimiento: | | Edad: | | Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | |
| Dirección de Envío: | | Numero de apartamento: | Ciudad: | Estado: | Código Postal: |
| Teléfono Principal: | | | | | |
| Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Mas de una raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano | | | | Etnicidad: <input type="checkbox"/> Latino/Hispano <input type="checkbox"/> Otro | |
| Nombre del Padre/Guardián: | | | Relacioncon el estudiante: | | |
| Nombre de su Dentista de cabecera y fecha de su ultima cita dental: _____ / ____ / ____ | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|----------------|----------------------------|----------------------|---------------------|
| INFORMACION DEL SEGURO (obligatorio): Por favor llene la siguiente información sobre su hijo: Por favor note que FHCHC va a cubrir los costos del servicio y USTED NO TENDRÁ QUE PAGAR NINGUNA TARIFA. PERO si usted tiene seguro dental, ellos serán responsables del pago. Por favor asegúrese que usted llene abajo toda la información cera del seguro medico. | | | | | |
| Al completar esta porción doy a Flint Hills Community Health Center permiso para aplicar el barniz de fluoruro a mi hijo/a y colectar el pago de KanCare y/o del Seguro Dental. | | | | | |
| <input type="checkbox"/> None | | | | | |
| <input type="checkbox"/> KanCare #: _____ <input type="checkbox"/> United Health Care <input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> Envolv | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Seguro Privado - Nombre de la Compañía: _____ ID#: _____ Grupo #: _____ | | | | | |
| Información del subscriptor (Toda la información debe ser proporcionada): | | | | | |
| Apellido: | | Primer Nombre: | | Fecha de Nacimiento: | # de Seguro Social: |
| # de Seguro Social: | | | Ciudad: | Estado: | Código Postal: |
| Empleador: | | | Relacioncon el estudiante: | | |
| Firma de Padre/Tutor: | | | | Fecha: | |

(Por favor no separe)

| | | | | |
|---|--|----------------|--------|------------|
| <input type="checkbox"/> NO QUIERO que mi hijo/a participe en el examen dental gratuito. | | | | |
| Apellido de ESTUDIANTE: | | Primer Nombre: | Grado: | Maestro/a: |
| Firma de Padre/Tutor: | | | Fecha: | |