

**CITY OF MANCHESTER ORAL HEALTH PROGRAM**



Easterseals NH  
555 Auburn Street  
Manchester, NH Tel: (603) 621-3482



City of Manchester  
Department of Health  
1528 Elm Street  
Manchester, NH Tel: (603) 624-6466



Catholic Medical Center  
88 McGregor Street, Suite 305  
Manchester, NH Tel: (603) 663-6226

**FORMULARIO DE PERMISO**

Apreciado Padre o Guardián:

Su niño/a puede ser elegible para el Programa de Salud Oral de la Ciudad de Manchester. Este programa es específicamente para niños que actualmente no están recibiendo cuidado dental. El tratamiento dental, provisto por dentistas licenciados en NH y empleados dentales en la van dental en las escuelas, **incluira un examen dental, rayos-x, limpieza y tratamiento de fluoruro, también puede incluir sellantes y rellenos menores para restaurar la función del diente.** En algunos casos, un relleno temporal será colocado por la Higienista Dental Certificada en Salud Pública hasta que su niño/a pueda ser visto en la oficina del dentista.

**DETENGA:** Si tiene dentista o si no desea participar en el Programa Dental Para Escuelas En Manchester, **NO** complete **NI** devuelva este formulario.

**Información del Estudiante**

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ circule uno: Masculino / Femenino  
 (NOMBRE) (APELLIDO)  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_ Número Telefónico: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Idioma preferido: \_\_\_\_\_  
 Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestra: \_\_\_\_\_  
 Etnicidad:  Hispano/a  No Hispano/a Raza (Marque todas las que apliquen):  Blanco  Afroamericano/Negro  Indio Americano/Alasqueño Natal  Asiático  Hawaiano Natal/Isleño Pacífico

**Historial de Salud de su Niño/a**

**Historial de Salud Dental de su Niño/a**

Nombre de su doctor:			Nombre del Dentista:		
Su niño/a toma algún medicamento:			Fecha de la última visita al dentista:		
Si es así, qué?			¿Va su niño/a al dentista regularmente o solo para emergencias?		
¿Tiene su niño/a alguna alergia?			¿Tiene alguna preocupación por los dientes de su niño/a?		
Si es así, a qué?			Explique:		
¿Ha tenido su niño/a algunos de los siguientes?: (Por favor <input checked="" type="checkbox"/> sí o no a todas las preguntas)					
Soplo del Corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Limitaciones físicas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		ADHD/ADD	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Convulsiones o Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Otras condiciones médicas en el historial médico del niño/a?					
Por favor explique:					

**Guía Financiera de Elegibilidad (por favor marque la casilla apropiada)**

Mi niño/a tiene Medicaid y no tiene un dentista.  
 Estos servicios serán proporcionados sin costo alguno para usted, **pero necesitamos tener el número de Medicaid, y su firma.**  
**Número de Medicaid:** \_\_\_\_\_

Mi niño/a NO tiene Medicaid o cualquier otro seguro dental y los ingresos anuales de mi familia caen en el rango descrito debajo. Estoy de acuerdo en pagar \$10 por los servicios dentales provistos por el Programa de Salud Oral de la Ciudad de Manchester, si es requerido por la guía financiera descrita a continuación. (Por favor envíe el dinero en efectivo o un cheque hecho a nombre de Manchester Health Department cuando devuelva esta hoja de permiso a la escuela de su niño/a).

Por favor circule el tamaño de su familia y sus ingresos anuales brutos.

# Miembros de familia	El ingreso bruto anual de la familia	Usted paga	# Miembros de familia	El ingreso bruto anual de la familia	Usted paga	# Miembros de familia	El ingreso bruto anual de la familia	Usted paga *
2	\$0-\$19,850	\$0	2	\$19,851-\$35,450	\$0	2	\$35,451-\$56,750	\$10
3	\$0-\$22,350	\$0	3	\$22,351-\$39,900	\$0	3	\$39,901-\$63,850	\$10
4	\$0-\$24,800	\$0	4	\$24,801-\$44,300	\$0	4	\$44,301-\$70,900	\$10
5	\$0-\$26,800	\$0	5	\$26,801-\$47,850	\$0	5	\$47,851-\$76,600	\$10
6	\$0-\$28,800	\$0	6	\$28,801-\$51,400	\$0	6	\$51,401-\$82,250	\$10
7	\$0-\$30,800	\$0	7	\$30,801-\$54,950	\$0	7	\$54,951-\$87,950	\$10
8	\$0-\$32,750	\$0	8	\$32,751-\$58,500	\$0	8	\$58,501-\$93,600	\$10

\* Ningún niño/a que sea elegible le será negado los servicios si la familia no puede pagar.  
 (Escala proporcional de Honorarios basado en la guía de Ingresos HUD de la Ciudad de Manchester 2019)

**POR FAVOR, LEA Y FIRME ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

- **YO DOY PERMISO** para que mi niño/a participe en el Programa de Salud Oral de la Ciudad de Manchester, proporcionado en la van dental durante el horario escolar. Este cuidado **INCLUIRÁ** un examen dental, rayos-x, limpieza y tratamiento de fluoruro y **PUEDE INCLUIR** sellantes, rellenos y/o rellenos temporales. Anestesia local, mejor conocida como Novocaína, puede ser usada.
- Yo he recibido una copia de la notificación Informativa de Prácticas de Salud del Programa de Salud Oral de la Ciudad de Manchester, Aviso de Prácticas de Información de Salud para el módulo de Información de Salud en el cumplimiento de los reglamentos de privacidad de HIPAA, y estoy al tanto de su contenido. Yo autorizo al Manchester Health Department que intercambie información médica/dental a Easterseals Centro de Salud Oral, Poisson Dental Facility del Catholic Medical Center, Manchester Community Health Center y/o NH Medicaid.
- Si mi niño/a **TIENE Medicaid**, yo autorizo el intercambio de información médica al Medicaid concierne a su tratamiento. Yo le asigno al Manchester Health Department, Easterseals New Hampshire y/o Poisson Dental Facility del Catholic Medical Center todos los pagos de servicios médicos rendidos a mi dependiente como sea apropiado. Entiendo que la agencia que proporcionó los servicios o el programa de Medicaid pueden ponerse en contacto conmigo para obtener más información.
- Si mi niño/a **NO TIENE Medicaid**, he revisado la Guía Financiera de Elegibilidad y he incluido el dinero en efectivo o un cheque de \$10 hecho a nombre de Manchester Health Department, si es aplicable. Ningún niño/a que sea elegible le será negado los servicios si la familia no puede pagar.
- Yo certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera a lo mejor de mi conocimiento.

**Firma del Padre/guardián legal: X** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_