

DuPage County Health Department *ESCRIBA EN LETRA MOLEDA POR FAVOR*

PRIMER NOMBRE de NIÑO/A _____ **APELLIDO DE NIÑO/A** _____

EDAD _____ **FECHA de NACIMIENTO** _____ **SEXO** Masculino Femenio

Nombre de Padre o Guardián _____ **Número Telefono** _____

Dirección _____ **Ciudad** _____ **Código Postal** _____

Escuela _____ **Grado** _____ **Professor/a** _____

Favor de apuntar cuantas personas viven en su hogar. _____

Por favor marque su ingreso anual (familiar)

20,796 or less	49,596 or less	78,396 or less
26,796 or less	56,796 or less	85,596 or less
35,196 or less	63,996 or less	92,796 or less
42,396 or less	71,196 or less	99,996 or more

Mi hijo/a es elegible para almuerzos reducidos? **SÍ** **NO**
 Tiene ayuda **Pública Tarjeta Médica?** **SÍ** **NO**
 Tiene ayuda de el programa **All Kids?** **SÍ** **NO**

Si su hijo/a tiene ayuda de estos programs por favor de incluir su **NÚMERO de IDENTIFICACIÓN#** _____
Su ayuda pública o All Kids (El numero tiene 9 digitos y esta de tras de su tarjeta.)
Seran combrados.

Tiene su hijo/a seguros dentales? **SÍ** **NO**

DECLARACIÓN DE LIBERACIÓN DE SERVICIOS DENTALES

Yo libero, absuelvo y descargo el Departamento de Salud de DuPage County, sus empleados y sus agentes, de todos y cada una de las responsabilidades a mi, mis representativos personales o pariente o deudo más cercano, de todos y cada una de las reclamaciones, demandas o pleitos y daño, o cualquier otra pérdida, de cualquier tipo o clase, proveniente de o resultado de, o que resultará de, la rendición de cualquier servicio dental. También, estoy de acuerdo indemnizar, librar de, y tener innocuo el departamento de salud de DuPage County y sus agentes de cualquier pérdida, responsabilidad, daño o costo o reclamación, los cuales habrán sidos sufridos, o serán de ahora en adelante sufridos por mi como una resulta de los servicios dentales. Yo he leído esta Liberación y entiendo todas las condiciones. Asimismo, yo la cumplo voluntariamente y con conocimiento total de su significado. Entiendo que el Departamento de Salud de DuPage County está proveído los procedimientos como un sevicio público.

Si eligible los servicios pueden incluir un examen, liempieza, tratamiento de fluoruro y selladores dentales. Dentistas lecenciados y higienistas dentales iran ala que llenar esta forma completa y firmar abajo. Cualquier nino/a quienes regresan una forma estan eligibles para un examen. Si no estan interesados en el programa por favor no manden la forma para tras.

FIRMA del PADRE o GUARDIAN _____

FECHA _____ 08/08

HISTORIA MEDICA	
Marca si su hijo/a a tienido alguno de los siguientes?	
Soplo Cardíaco	
Diabetes	
Fiebre Reumatic	
Epilepsia	
Problemas de Sangre	
Asma	
Alergia al Latex(Goma, Plastico)	
Alergias	
Cuáles Alergias? _____	
Su hijo/a esta tomando medicamentos? SÍ NO	
Cuales medicamentos: _____	
Fecha de última cita dental? _____	
Nombre del dentista familiar? _____	

