

# Children's Clinic

Oak Park River Forest  
Infant Welfare Society

## DetECCIÓN DENTAL

---

### Gratis- Exámenes Dental

Estamos ofreciendo el programa de detección dental en asociación con IWS Children's Clinic. **Forest Park Back to School Fair** fue elegida para participar en este proyecto que proporciona revisiones dentales gratis para los niños que tienen 2 a 18 años.

Usted recibirá una copia del examen dental después de nuestra visita. Participando en este programa cumple con el requisito del estado para recibir un examen dental para los niños entrando grados kindergarten, segundo, y sexto.

La revisión va ocurrir: **16 de agosto 5:00-8:00 PM a Forest Park Middle School**

---

### P & R

**P: ¿Es necesario que un padre está presente durante el examen?**

**R:** No, no es un requisito que un padre está presente durante el examen si el/la hijo/a devuelve la forma de consentimiento firmado.

**P: ¿Por cuánto tiempo dura el examen?**

**R:** El examen dura 3-5 minutos por cada niño.

**P: ¿Qué son los beneficios para participar en este programa?**

**R:** Va a recibir una copia del examen de niño/a para aprender la condición dental de niño y para mantener el requisito del estado para recibir una examen dental.

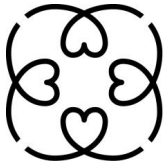
---

### Llámanos

Este programa no sustituye los consejos ni el cuidado de su profesional dental regular. Si su hijo/a no tiene una dentista, por favor llame IWS Children's Clinic al (708) 848-0528 para hacer una cita.

Gracias.

---



Children's  
Clinic  
Oak Park River Forest  
Infant Welfare Society

## Forma de consentimiento del Padre/Guardián para liberación de responsabilidad y consentimiento de tratamiento dental

Primer Nombre De Niño/A	Apellido De Niño/A
Raza	Fecha De Nacimiento
Edad	SEXO Masculino Femenino
Nombre De Padre O Guardián	Número De Teléfono
Profesor/A	Dirección
Escuela	Ciudad, Estado, Código Postal
¿Mi Hijo/A Es Elegible Para Almuerzos Reducidos? SÍ NO	Grado
¿Tiene Su Hijo Tarjeta Médica? o ALL KIDS? SÍ NO	¿Tiene Su Hijo a Seguro Dental? SÍ NO
número de identificación Será Cobrado	Favor de apuntar cuantas personas viven en su hogar:

Liberación de Responsabilidad para el Programa Dental. Doy mi consentimiento a the IWS Children's Clinic patrocinado por el Oak Park River Forest Infant Welfare Society, para proveer atención dental a mi niño/a. Por la presente, autorizo y libero cualquier responsabilidad a the **IWS Children's Clinic and Forest Park Back to School Fair** sus empleados y personales por daños y perjuicios, por cualquier reclamo o demanda hecha por daño o enfermedad resultado del procedimiento dental. Yo he leído y entendido este contrato y voluntariamente estoy de acuerdo con todos los términos y condiciones. Yo entiendo que The Children's Clinic está proviniendo estos procedimientos como un servicio público. Esta autorización expirará cinco años apartir de la fecha. Este Programa de Servicios de Salud Dental fue proveído por the IWS Children's Clinic con fondos de Illinois Department of Public Health y Berwyn Public Health District.

Firma Del Padre/Guardián

Fecha

### Historia Médica

Marca si su hijo/a tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

- Cardíaco
- Diabetes
- Epilepsia
- Problemas o enfermedades de la sangre
- Asma
- Alergia al Látex (Goma, Plástico)
- Alergias

Cuáles Alergias:

Fecha de la última visita dental

Nombre del dentista familiar

¿Su hijo/a está tomando medicamentos?  
SÍ NO Cuales medicamentos:

¿Qué tipo de agua toma su hijo/a?  
 de la ciudad  embotellada  filtrada

¿Ha tenido su hijo/a lesiones en la boca, la cabeza o los dientes? SÍ NO