



Programa de saúde bucal 802 Smiles Consentimento para serviços (Nível 4)

Preencha as informações abaixo, assine e devolva-as à escola de seu filho.

Nome e sobrenome da criança: _____ Data de nascimento: _____

Quais tratamentos são oferecidos pelo programa de saúde bucal 802 Smiles do meu filho?

O programa de saúde bucal 802 Smiles da sua escola oferece exames dentários, limpezas, verniz fluoretado, [diamino fluoreto de prata \(DFP\) \(SDF, em inglês\)](#) e [selantes dentários](#). **Para receber o DFP, é necessário preencher um formulário de consentimento adicional; leia mais sobre o tratamento com DFP nesse formulário.**

Recomendamos que seu filho receba atendimento por meio de sua clínica odontológica, se houver, e não por meio do programa de saúde bucal 802 Smiles da escola.

Consentimento para tratamento:

Sim, eu quero que meu filho participe do programa de saúde bucal 802 Smiles. Entendo que, se houver um dentista listado neste formulário, ele receberá um relatório dos resultados do higienista dental do 802 Smiles. Entendo que meu filho poderá receber qualquer um ou todos os serviços a seguir com base na avaliação do higienista dental do 802 Smiles, sem consulta a um dentista:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> triagem odontológica | <input type="checkbox"/> verniz fluoretado | <input type="checkbox"/> selantes dentários |
| <input type="checkbox"/> limpeza dentária | <input type="checkbox"/> diamino fluoreto de prata | |

Não, eu não quero que meu filho participe do programa de saúde bucal 802 Smiles.

Consentimento para o compartilhamento de informações:

Com o dentista de seu filho: Se seu filho tiver um dentista cadastrado e você optar por obter atendimento odontológico por meio do programa 802 Smiles, as informações sobre os serviços prestados serão compartilhadas com ele. **Esse compartilhamento de informações é obrigatório:**

Sim, eu desejo que as informações do meu filho sejam compartilhadas com o dentista que faz o acompanhamento dele.

Não, eu não quero que as informações do meu filho sejam compartilhadas com o dentista que faz o acompanhamento dele. Entendo que meu filho não receberá atendimento odontológico por meio do programa 802 Smiles.

Com o Departamento de Saúde de Vermont (Vermont Department of Health): O Departamento de Saúde de Vermont gostaria de usar as informações de seu filho para avaliar a eficácia desse programa. Você também dá permissão para que o higienista dental do 802 Smiles compartilhe os dados do tratamento dentário do seu filho com o Departamento de Saúde de Vermont? **Esse compartilhamento é opcional:**

Sim, eu permito que o higienista dental do 802 Smiles compartilhe os dados odontológicos do meu filho com o Departamento de Saúde de Vermont.

Não, eu não permito que o higienista dental do 802 Smiles compartilhe os dados odontológicos do meu filho com o Departamento de Saúde de Vermont.

Marque aqui se você é um **pai/mãe adotivo** ou se você tem a **guarda compartilhada desta criança**:

Assinatura dos pais/responsáveis: _____ Data: _____

Nome impresso dos pais/responsáveis: _____

Se você der permissão para que seu filho participe do programa de saúde bucal 802 Smiles, prossiga para a próxima página.

Histórico odontológico da criança:

Quando foi a última consulta odontológica de seu filho?

- No último ano Há mais de um ano Nunca foi ao dentista

Quem é o dentista principal de seu filho, se ele tiver um? _____

Que tipo de plano odontológico seu filho possui? O atendimento não será negado a nenhuma criança em razão da cobertura do plano. Observe que o higienista dental do 802 Smiles pode cobrar o Medicaid pelos serviços prestados ao seu filho.

- Medicaid/Dr. Dynasaur – Número de identificação do Medicaid de seu filho: _____
 Plano odontológico privado (p. ex., Delta Dental) Tricare
 Nenhum plano Outro _____
 Não sei

Seu filho tem alguma alergia? (p. ex., medicamentos, alimentos, látex, prata etc.) Sim Não

Se sim, de que tipo? _____

Histórico médico da criança:

Seu filho tem algum problema de saúde ou deficiência física, mental, de aprendizado ou emocional?

- Sim Não Não sei Prefiro não responder

Se você respondeu sim à pergunta anterior, como podemos acomodar melhor seu filho durante a visita ao dentista? _____

Informações demográficas opcionais:

Sexo designado no nascimento: Masculino Feminino Não binário Prefere não responder

A próxima pergunta é sobre a identidade racial e étnica de seu filho. Fazemos essa pergunta porque queremos ter certeza de que nosso programa está atendendo a pessoas de todas as raças e etnias. Entendemos que as opções de resposta podem não representar com precisão a identidade de seu filho.

Qual das seguintes opções melhor descreve seu filho? (Marque todas as opções aplicáveis.)

- Abenaki ou outra identidade nativa americana ou nativa do Alasca
 Asiático ou asiático-americano, por exemplo, chinês, indiano asiático, nepalês ou vietnamita
 Negro ou afro-americano
 Hispânico ou latino, latina ou latinx, por exemplo, mexicano, venezuelano ou brasileiro
 Oriente Médio ou norte da África (a lista continua na próxima página)



**Programa de saúde bucal 802 Smiles
Consentimento para serviços (Nível 4)**

- Nativo do Havaí ou de outra ilha do Pacífico
- Branco ou europeu-americano
- Uma raça ou etnia adicional; compartilhe: _____
- Prefiro não responder

Há mais alguma coisa que gostaria que soubéssemos sobre seu filho?

Devolva o formulário preenchido e assinado à escola de seu filho.