

**Marie H. Katzenbach School for the Deaf
El Centro Médico del estudiante**

Telef.: 609-530-3167

Fax: 609-530-3168

TTY (para personas con problemas de audición) 609-530-3169

Consentimiento De Participación En El Programa Salud Dental

El Estado de New Jersey apoya a la Fundación de Odontología para Personas con Incapacidades, un programa de salud dental para personas con necesidades especiales. Las evaluaciones de higiene oral son proporcionadas por higienistas dentales. Se dan instrucciones sobre el cuidado dental apropiado... Como parte del programa, se notifica a los consumidores y sus padres, a la persona que cuida a los niños en una residencia, a la enfermera de la escuela o al administrador del caso cuando los higienistas identifican posibles problemas dentales. Se le puede ayudar dándole una referencia para obtener cuidados dentales.

Animamos a los consumidores a que se inscriban en el programa, sea que visiten o no a un dentista con regularidad. La atención adicional á las instrucciones sobre la higiene oral puede ayudar a evitar que se desarrollen problemas dentales. Por favor complete este formulario y indique a continuación si desea participar y devuélvelo inmediatamente a las instalaciones o a la escuela.

Nombre: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____

Teléfono de la casa: _____ **Trabajo:** _____

Nombre y dirección del dentista: _____

Fecha de la última consulta dental: _____

Nombre del medico: _____

Por favor indique los problemas de salud. De detalles sobre enfermedades tales como hepatitis, Fiebre reumática o otras trastornos graves. _____

Lista de medicamentos que toma: _____

Número de HM0/Medicaid: _____

Doy mi permiso para participar: _____
(Firma del consumidor o proveedor de cuidados)

No doy mi permiso para participar: _____
(Firma del consumidor o proveedor de cuidados)