

**ENTERED INTO
CHILDPLUS**

BY: _____

DATE: ____/____/____



**Doña Ana County Head Start
Permission to Release Dental and Physical Exam Forms**

I, _____, give permission for the Health/Nutrition
(Print Name of Parent/Guardian)
Specialist from the Doña Ana County Head Start program to communicate, request and
receive my child's _____, _____ completed
(Birth Name or Child's Name Used at Dr's office) (Child's Date of Birth)
physical exam form and/or completed dental form and any follow-up.

Health Ins.	Medicaid	State Ins.	Private Ins.	Other Ins.	No Ins.
-------------	----------	------------	--------------	------------	---------

The following are the names of the doctor and dentist for my child:

_____	_____
(Doctor's Name)	(Dentist's Name)
_____	_____
(Phone #)	(Phone #)
_____	_____
(Date of last Physical Exam)	(Date of last Dental Exam)
_____	_____
(Signature of Parent/Guardian)	(Date)

Consentimiento para exámenes dentales y físicos

Yo, _____, le doy autorización a la especialista de Salud/
(Nombre del padre o tutor)
Nutrición del programa de Head Start del Condado de Doña Ana, que contacte y pida
las formas correspondientes de salud, dental y consiguientes de mi hijo _____
(Nombre de Pila ó nombre que usa en la oficina del Doctor)

_____ Los nombres del médico y dentista de mí hijo son:
(Fecha de nacimiento de niño)

seguro de salud	Medicaid	seguros de su estado	seguro privado	otro seguro	sin seguro
-----------------	----------	----------------------	----------------	-------------	------------

_____	_____
(Nombre del medico)	(Nombre del dentista)
_____	_____
(Teléfono)	(Teléfono)
_____	_____
(Fecha del ultimo examen físico)	(Fecha del último examen dental)
_____	_____
(Firma del padre o tutor)	(Fecha)