



Estimados Padres/Guardianes,

Smart Smiles es un programa de salud bucal u oral que se centra en la prevención de enfermedades dentales. El cuidado bucal u oral se da en la escuela a los estudiantes que provienen de familias de bajos ingresos, sin seguro dental y/o afiliados de Medicaid/CHIP. No hay costo para el niño o la familia por nuestros servicios, pero se le cobrará a Medicaid/CHIP si es que se es elegible.

Su niño recibirá un examen dental por un dentista. Luego un higienista dental le hará una de evaluación oral y le proporcionara servicios de prevención de salud oral. En caso de que se encuentren dientes que necesiten ser restaurados, se le derivará o transferirá a su actual proveedor dental o a una clínica/oficina dental asociada de nuestra comunidad. Recomendamos que su niño/familia sea vista en una oficina/clínica dental cada 6-12 meses para un chequeo regular.

Su hijo recibirá uno o más de los siguientes servicios preventivos: (1) examen dental/evaluación de salud oral , (2) radiografías dentales si son necesarias, (3) limpieza dental, (4) sellantes dentales, (5) aplicación de fluoruro diamino de plata si es necesario y (6) barniz de flúor.

El examen dental es hecho por un dentista en la escuela, o a través de métodos de tele-Odontología (por computadora/internet). La evaluación de la salud oral ofrece al higienista dental la información necesaria para determinar el tratamiento y educación de salud oral para el niño.

Las radiografías son imágenes que pueden mostrar áreas de los dientes y las encías que no son visibles durante un examen regular. Pueden ayudar a confirmar las caries u otras infecciones en los dientes y el hueso.

La limpieza dental elimina todo el material duro y blando que se forma sobre los dientes del niño.

El sellante dental es una capa delgada de plástico que se aplica en las superficies de masticación de los dientes posteriores. Se adhieren al diente para ayudar a prevenir las caries mientras su hijo crece.

EL fluoruro diamino de plata es una solución que se coloca en la cavidad para detener la caries. La solución *pondrá la cavidad negra*, pero ayudará al diente a no ser destruido por las bacterias y la caries.

El barniz de fluoruro se aplica para fortalecer los dientes y ayudarlos a ser más resistente a la caries.

**Para que su hijo participe de este programa en la escuela POR FAVOR complete la siguiente informacion y formulario de consentimiento.**

Esta información es confidencial y será usada solamente para servir las necesidades de la comunidad.

1) Numero de padres y niños en su familia: \_\_\_\_\_

2) Ingreso mensual: \$ \_\_\_\_\_

3) Tiene usted un trabajador de caso del IRC o el CCS, si es que si tiene, por favor escriba el nombre:  
\_\_\_\_\_

4) Por favor marque usted si tiene algo de los siguiente: circule SI o NO

Mi hijo está en almuerzo gratis o reducido?	SI	NO
Diploma de secundaria/GED?	SI	NO
Un diploma por dos anos de college?	SI	NO
Un diploma por dos o más años de college?	SI	NO

Scanned \_\_\_\_\_

5) Su niño vive con alguno de los siguientes familiares(s)? (Por favor marque)

Madre soltera

Padre soltero

Ambos padres

Otro \_\_\_\_\_

6)Cuál es el idioma principal que se habla en su casa? \_\_\_\_\_

7)Cuál es su situación domiciliaria?

Casa propia

Renta

Sin domicilio

Otra \_\_\_\_\_

8)Cuál es su fuente de ingresos?

Sin ingresos

Asistencia temporal para familias  
necesitadas (TANF)

Supplemental Security Income (SSI)

Seguro social

Pensión

Asistencia general

Empleo solamente

Empleo + otro

Desempleo

Otro

### **Consentimiento para tratamiento**

Por favor complete la siguiente información para que su niño pueda participar en el programa de salud oral de Smart Smiles. El acuerdo es válido mientras su niño atienda la escuela en la que se obtuvo la información. (o hasta 7 años) o hasta que el padre solicite por escrito que el niño no participe más en el programa.

***Si, yo si quiero que mi niño/a participe en este programa. Doy consentimiento y entiendo lo siguiente:***

- Yo entiendo que el tratamiento dado por higienista dental no reemplaza a un examen dental por un dentista, y que el tratamiento recomendado es ver a un dentista cada 6-12 meses para un chequeo regular.
- Yo entiendo que mi hijo va a ser visto por higiene dental durante las clases y puede ser que pierda algunas clases.
- Yo autorizo a un higienista dental de salud pública para que examine la salud oral y dental de mi niño/a.
- Yo autorizo a un higienista dental de salud pública o estudiante entrenado de higiene dental para que pongan sellante dental en los dientes necesarios para protegerlos de la caries dental.
- Yo autorizo todos los servicios de prevención dental que incluyan limpieza dental (profilaxis), barniz de flúor, radiografías dentales de los dientes de mi niño/a.
- Autorizo el uso de fluoruro de diamina de plata (SDF) para colocar si mi hijo tiene una cavidad. Entiendo que esto puede detener la descomposición, pero puede convertir la cavidad en negro / marrón.
- Yo estoy de acuerdo en recibir mensajes o llamadas por teléfono para recordarme las citas.
- Yo acepto que las imágenes de mi niño/a sean usados por Smart Smiles.
- Yo estoy de acuerdo en tomar una encuesta de satisfacción del Programa de salud oral de Smart Smiles.
- Yo acepto que Smart Smiles utilicé los datos de mi niño/a para la evaluar y promover los programas.
- Yo estoy de acuerdo en no hacer a Smart Smiles u organizaciones asociadas, responsables por reacciones negativas como resultado del tratamiento recibido por mi hijo o por mí.
- Si es pertinente, yo apruebo que se facture al Medicaid/CHIP por los servicios recibidos.
- Yo estoy de acuerdo en dejar que alguien me contacte para ayudarme con la solicitud de Medicaid/CHIP.
- Yo estoy de acuerdo que mi hijo sea derivado, transferido para el tratamiento de restauración dental.
- Yo entiendo que es mi responsabilidad que se haga el seguimiento del tratamiento dental para mi niño/a

Padre/Guardian: \_\_\_\_\_

Por favor escriba su nombre

Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma (**Requerida**)

d \_\_\_\_\_

Por favor ponga sus iniciales si usted no quiere que su niño/a participe en lo siguiente:

- No, yo no** quiero que mi niño/a participe en este programa porque: \_\_\_\_\_
- No, yo no** quiero que mi niño/a tome la encuesta de satisfacción.
- No, yo no** quiero que mi niño/a tenga radiografías.
- No, yo no** quiero que mi niño/a reciba sellantes.
- No, yo no** quiero que mi niño/a reciba flúor.
- No, yo no** quiero que mi hijo tenga fluoruro de diamina de plata
- No, yo no** quiero que la fotografía de mi niño/a sea usada por Smart Smiles.

**Por favor devuelva estos formularios al profesor de su niño/a, Gracias!**

### HISTORIA SALUD/DENTAL

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hombre/Mujer

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Textos? SI / NO

Correo electrónico del padre/guardian: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Profesor: \_\_\_\_\_ Aula#: \_\_\_\_\_

Estudiante ID#: \_\_\_\_\_

Raza:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanca/Caucásica                    | <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska |
| <input type="checkbox"/> Hispano/Latino                      | <input type="checkbox"/> Raza mixta                       |
| <input type="checkbox"/> Afro Americano/Negro                | <input type="checkbox"/> Asiático                         |
| <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo/Isleño del Pacifico | <input type="checkbox"/> Otra _____                       |

Por favor complete las siguientes preguntas para poder ayudarnos a saber más cosas sobre su niño/a:

1. Que tan seguido ve su niño/a un dentista? (incluyendo un ortodontista/cirujano oral)
  - 6 meses – 1 año
  - Más de tres años
  - no con regularidad, solo por emergencias
  - No ha sido visto nunca por un dentista

Nombre del dentista: \_\_\_\_\_

Si su respuesta es sí, por favor explique:

2. Esta su niño/a experimentado dolor oral/bucal (dolor de dientes, encías dolorosas, etc.)?

- No
- Si, \_\_\_\_\_

3. Su niño/a tiene Medicaid/CHIP?

No

Si,

Medicaid ID # \_\_\_\_\_

Nombre de su niño/a en la tarjeta: \_\_\_\_\_

CHIP ID # \_\_\_\_\_

Nombre del niño/a en la tarjeta: \_\_\_\_\_

*(por favor denos una copia dela tarjeta del seguro dental del niño/a)*

4. Tiene su niño/a otro seguro dental?

No

Si, Nombre del seguro dental: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona de la póliza \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de la persona con la póliza: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Póliza # \_\_\_\_\_ Grupo # \_\_\_\_\_

5. Ha tenido su niño/a algún problema/condición de salud seria? (Asma por ejemplo)

No

Si, \_\_\_\_\_

6. Ha tenido su niño/a que ir alguna vez a la sala de emergencia por algún causa dental?

No

Si, \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

7. Hay algo más que debemos saber antes de tratar a su niño/a?

No

Si, \_\_\_\_\_

8. Esta su niño/a tomando alguna medicina?

No

Si, \_\_\_\_\_

9. Tiene su niño/a alguna alergia (por ejemplo a alguna medicina, al látex, a las nueces, etc.)?

No

Si, \_\_\_\_\_

10. Tiene su niño/a ansiedad relacionada al dentista o al doctor?

No

Si,                    1                    2                    3                    4                    5

*(Por favor marque un numero: 1= leve, 5= severa)*

Por favor comparta la mayor cantidad de información que sea posible, así nosotros podremos proveer la mejor atención a su niño/a.

**Todos los niños tendrán la oportunidad de participar en este programa, sin importar su salud, o su habilidad de pagar.**

***Devuelva los formularios al profesor/a de su niño/a. Gracias!***

