

**¡Hola, Padres y
Tutores! ¿Buscan
Atención Dental?**

La Unidad Dental Móvil (UDM) del Johnson Health Center visitará la escuela de su hijo(s) para ofrecer exámenes dentales y atención dental preventiva.



Por favor, llene el paquete adjunto y devuélvalo a la escuela antes de nuestra fecha de límite para tener acceso a los servicios dentales del Johnson Health Center mientras su hijo esté en la escuela.

Hay que saber algunas cosas importantes:

- ♥ El seguro sólo pagará una visita al dentista cada 6 meses. Si su hijo ha sido visitado en los últimos 6 meses, es posible que el seguro no cubra su visita.
- ♥ Los programas escolares sólo proporcionan cuidados preventivos, como limpiezas y exámenes; los trabajos más complejos se derivarán a uno de nuestros centros JHC o a una consulta pediátrica externa.
- ♥ El personal de la clínica dental móvil tiene mucha experiencia con los niños, pero no se obligará a ningún niño a participar si parece angustiado o no puede cooperar con el examen. Se le notificará si el equipo no puede examinar a su hijo.



Si tiene más preguntas sobre este programa, pongase en contacto con la enfermera de la escuela de su hijo(s).

¡Muchas gracias!



Formulario de Consentimiento e Información para exámenes dentales del programa de salud Bucal Escolar

El Centro de Salud Johnson ofrece a los estudiantes la oportunidad de recibir atención dental preventiva en la escuela. Si no tiene FAMIS/Medicaid o otro seguro dental, hay una tarifa reducido disponible para aquellos que califiquen financieramente.

Los padres o tutores deben completar y firmar los formularios de consentimiento e información médica adjuntos para que su hijo reciba este servicio. Complete y devuelva este paquete con una copia de su tarjeta de seguro dental (si lo ay) si desea que su hijo reciba servicios dentales en la escuela.

Información General

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: ☐ M ☐ F Raza/Etnicidad: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Padre/Guardián Nombre: _____ Padre/Guardián Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono de Contacto: _____ E-Mail: _____

Escuela Hija/Hijo: _____ Grado: ____ Nombre de Profesor: _____

Su Hijo tiene un Consultorio Dental: ☐ Si ☐ No En caso afirmativo, donde: _____

Compañía de Seguro Dental: _____ Numero de Póliza: _____

Nombre del Asegurado: _____

Medicaid -- Número de Identificación 12 Dígitos: _____

Nombre del Jefe del Hogar: _____

Compañía de Seguros Médicos: _____

Numero de Póliza: _____ Número de Grupo: _____

Nombre del Asegurado: _____

Mi Hijo/a no tiene seguro Dental:

El Centro de Salud de Johnson se comunicará para informarle el monto que se cobrará por la visita según el tamaño de familia y los ingresos. Deberá completar una solicitud de precio reducido antes de la visita.

Por favor proporcione el tamaño del hogar: _____

Por favor proporcione los ingresos tributables del hogar: _____

Deseo Pagar por: ☐ Dinero ☐ Giro Postal (No cheques, por favor)

Informacion de salud

Su hijo tiene (ahora o en el pasado) alguna de las siguientes condiciones. Marque todo lo que aplique:

- | | |
|--|---|
| ☐ Asma | ☐ Diabetes |
| ☐ Enfermedad/Defecto Corazon | ☐ Desorden/Atraso de Desarrolló |
| ☐ Enfermedad/Defecto Pulmones | ☐ Epilepsia/Convulsiones |
| ☐ Enfermedad de Riñones | ☐ Autismo/Sindrome de Asperger's |
| ☐ Calentura Reumático | |
| ☐ Otro: _____ | |

¿Su hijo recibe tratamiento por alguna condición médica? Si es así, indique:

¿Su hijo está tomando algún medicamento? Si es así, indique:

¿Su hijo tiene alguna alergia? Si es así, indique las siguientes:

Alguna vez un dentista o médico le ha dicho que su hijo necesita tomar antibióticos antes de recibir atención dental? ☐ Si ☐ No

¿Un dentista ha examinado a su hijo? Si es así, indique el lugar y la fecha del último examen:

¿Su hijo ha sido examinado por un médico de atención primaria? Si es así, indique el médico de atención primaria y la fecha del último examen de bienestar:

¿Su hijo ha experimentado dolor dental? ☐ Si ☐ No ☐ Inseguro

¿Qué suele a beber o comer como refrigerio? Marque todas las opciones que correspondan:

- | | |
|---|--|
| ☐ Bebidas Azucaradas | ☐ Gomas |
| ☐ Dulce | ☐ Pastel dulce |
| ☐ Café/Té | ☐ Frutas/Verduras |
| ☐ Agua | ☐ Galletas/Cereal |
| ☐ Bebidas Dietéticas | ☐ Leche |
| ☐ Comida Chatarra | |

Su hijo aprieta or rechina los dientes?

☐ Si ☐ No

Ayuda a su hijo cepillarse los dientes y/o usa hilo dental?

☐ Si ☐ No ☐ Inseguro

Su hijo tiene alguna sensibilidad dental?

☐ Si ☐ No ☐ Inseguro

Consentimiento para Tratamiento

Yo autorizo a Johnson Health Center (JHC) para proveer servicios dental preventivos para mi hijo, para cobrar pago de Medicaid o seguro privado de mi parte para permitir que el higienista dental y el dentista obtenga el registro dental de mi hijo a partir de la evaluación y procedan con el tratamiento recomendado.

Para mejorar el nivel de atención medica que se le brinda, Johnson Health Center (JHC) se ha asociado con la facultad de Odontología de Virginia Commonwealth University (VCU) y con estudiantes de ultimo ano de odontología e higiene dental para brindar atención de salud bucal en la comunidad. El código de Virginia Capitulo 27, Titulo 54.1-2712) permite esta práctica. Entiendo que los exámenes y procedimientos pueden realizarse con la asistencia de pasantes dentales bajo la guía de un Dentista con la licencia de Virginia.

Comprendo que los servicios pueden brindarse operando bajo supervisión remota permitida. En ausencia de un Dentista en el lugar por el código de Virginia (54.1-2722.E y F y 54.1-3408). Todos los registros durante los exámenes y tratamientos serán revisados por un dentista con la licencia de Virginia dentro de un periodo de 90 días. El dentista supervisor se comunicará con el padre o tutor sobre cualquier hallazgo adicional.

Adjuntos pueden incluir evaluación dental, radiografías, fotografías, intraorales, profilaxis (limpieza) barniz de flúor, selladores dentales y/o fluoruro de diamina de plata. Un formulario de consentimiento. Los procedimientos separados contienen más información sobre la importancia del fluoruro de diamina de plata y su prevención para retrasar y detener la caries si el tratamiento está indicado.

Si uno de los empleados de JHC se expone directamente a la sangre o los fluidos corporales de su hijo de una manera que pueda transmitirle enfermedades, se le realizaran pruebas a su hijo para detectar el virus de inmunodeficiencia humana (virus VIH/SIDA) y los virus de la Hepatitis B y la Hepatitis C. Un médico u otro proveedor de atención medica en Johnson Health Center compartirá los resultados de las pruebas y brindará asesoramiento según sea necesario.

Entiendo que la información anterior es necesaria para brindarle a mi hijo atención dental de la manera profesional y segura. He respondido todas las preguntas lo mejor que he podido.

Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, por escrito. A menos que lo revoque antes, este consentimiento caducara un año después de la fecha de la firma.

Entiendo que puedo hablar sobre cualquier inquietud que tenga con cualquier consultoría dental de JHC o con el director dental. Al firmar a continuación, indico que comprendo los términos del consentimiento y que tengo la autoridad legal para dar el consentimiento para mi hijo.

Marque la casilla juntos a los servicios que usted acepta que su hijo reciba y devuelva este formulario en un plazo de 3 días. Solo se completará el tratamiento que haya marcado como completado el día del servicio.

☐ Examen Dental:	☐ Barniz de Flúor
Radiografías y Fotografías Intraorales	☐ Selladores Dentales
Profilaxis (Limpieza Dental)	

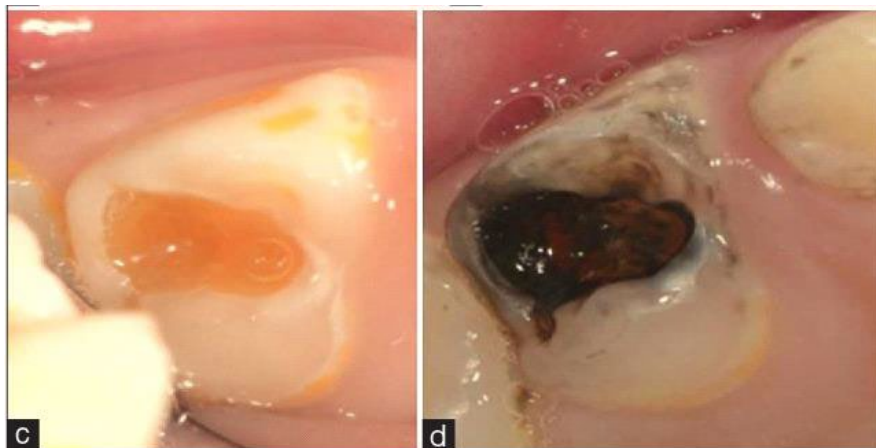
Nombre Padre/Guardián (en letra imprimida): _____

Firma del Padre/ Guardián: _____ Fecha: _____

Formulario de Consentimiento para el uso de Fluoruro de Diamina de Plata

El fluoruro de diamina de plata (SDF) es un medicamento tópico que se utiliza para tratar la sensibilidad dental y detener la progresión de la caries dental.

Antes y Después de la aplicación de Fluoruro Diamina de Plata:



No debería ser tratado con SDF si:

- Es alérgico a la plata
- Tiene llagas dolorosas o áreas en carne viva en sus encías (es decir gingivitis ulcerosa) o en cualquier parte de su boca (es decir estomatitis).
- El tratamiento con SDF no elimina la necesidad de realizar empaste o coronas dentales para reparar la función o la estética. Los procedimientos adicionales implicarán un cargo aparte. Es más eficaz cuando se aplica dos veces al año.

Beneficios de recibir SDF:

- El SDF puede ayudar a detener la caries dental.
- SDF puede ayudar a aliviar la sensibilidad.
- SDF puede ayudar a ganar tiempo para los pacientes que son muy jóvenes, temerosos o tienen necesidades especiales que de otro modo podrían requerir sedación para un tratamiento tradicional.

Antes y Después los riesgos relacionados con el SDF incluye entre otros:

- La zona afectada se tintera de negro de forma permanente. La estructura dental sana no se tintera.
- La estructura dental manchada puede remplazarse con un empaste o una corona en el futuro.
- Si se aplica accidentalmente sobre la piel o las encías, puede aparecer una mancha marrón o blanca que no causa ni hace daño y desaparecerá en unas tres semanas.
- Puede que note un sabor metálico que desaparecerá rápidamente.
- Existe el riesgo de que el procedimiento no detenga la caries y no se otorga ni implica ninguna garantía de éxito.
- Si no se detiene la caries dental, esta progresará. En ese caso, el diente requerirá un tratamiento adicional, como repetir la prótesis dental, un empaste o una corona, un tratamiento de conducto o pulpa o la extracción.
- SDF puede requerir una nueva aplicación y se recomienda hacerlo cada 6 a 12 meses si es necesario.

Alternativas a SDF, no limitadas a las siguientes:

- No se trata lo que puede provocar un deterioro continuo de las estructuras dentales y del aspecto estético. Los síntomas pueden aumentar en gravedad.
- Dependiendo de la ubicación y extensión de la caries dental, así como del nivel del comportamiento y cooperación, otros tratamientos pueden incluir la colocación de barniz de flúor, un empaste o corona, extracción, con o sin sedación.

He leído y comprendido la información anterior y he obtenido respuestas a mis preguntas. Reconozco que no se puede garantizar el resultado del tratamiento y doy mi consentimiento para la aplicación de fluoruro de diamina de plata.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Firma del Padre/Guardián: _____ **Fecha:** _____

Provider Name: _____ **Date:** _____