

FUTURE SMILES CONSENTIMIENTO/ HISTORIAL DE SALUD DEL PASIENTE

FUTURE SMILES es un programa de salud oral preventivo, que incluye una limpieza dental, sellantes dentales, aplicaciones de barniz de fluoruro, y también ofrece radiografías en lugares limitados. Los niños elegibles deben ser estudiantes de CCSD, tener 18 años o menores, asegurados o afiliados de Medicaid/CHIP. Todas las necesidades dentales restaurativas se referirán a su Dentista o asociación dental (oficina/clínica dental) Este es un compromiso de cinco años.

Por favor complete y firme esta forma para que su hijo puede participar en el programa. Por favor de regresar la forma a la maestra/o. NO OLVIDE FIRMAR. ¡Gracias!

Sí, autorizo que una higienista dental de salud pública evalúe las muelas y pre-muelas permanentes de mi hijo/a y luego autorizo la colocación de los sellantes dentales en los dientes que han sido indicados por el personal de FUTURE SMILES, los estudiantes de higiene dental y o voluntarios higienistas dentales. Yo también autorizo todos los servicios dentales preventivos incluyendo limpieza dental (profilaxis), barniz de fluoruro, CalmKIDZ™, Oraspa™ y radiografías de los dientes de mi hijo. Estoy de acuerdo en aceptar recordatorios de citas y otros mensajes en mi teléfono y correo electrónico, permito que la imagen de mi hijo/a sea usada por FUTURE SMILES, tomar una encuesta de satisfacción y analizar los datos de CCSD de mi niño/a para la evaluación de programas y promoción. Acepta no responsabilizar a FUTURE SMILES o sus asociados por cualquier reacción negativa como resultado de la atención recibida por mi hijo/a o yo mismo. Si fuera aplicable apruebo la facturación de Medicaid/CHIP por los servicios proporcionados.

___ acepto que FUTURE SMILES u otra agencia me ayude con la inscripción de Medicaid y derivación para tratamiento restaurativo dental. (inicial para sí)

Por favor indique si usted no desea que su hijo reciba servicios específicos

- | | |
|---|--|
| ___ No quiero que mi hijo reciba selladores | ___ No quiero que mi hijo reciba barniz de fluoruro |
| ___ No quiero que mi hijo tenga una limpieza dental | ___ No quiero la imagen de mi hijo sea utilizada por FUTURE SMILES |
| ___ No quiero que mi hijo reciba radiografías dentales | ___ No quiero mensajes en mi teléfono |
| ___ No quiero que mi hijo tome una encuesta de satisfacción | ___ No quiero datos que revisen datos de CCSD de mi hijo/a |
| ___ No quiero que mi hijo experimentar CalmKIDZ™ | ___ No quiero que mi hijo experimentar Oraspa™ |

Padre de Familia o tutor: _____

Nombre escrito: _____

Firma (Debe tener firma) _____

Fecha: _____

Estudiante ID #: _____

Nombre de niño/a: _____ Hombre: ___ Hembra: ___ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Escuela: _____ Profesor: _____ salón: _____ Grado _____

Raza del niño:

Blanco/caucásico ___ Americano africano/negro ___ Nativo Americano/Nativo Alaska ___ Asiático ___
Hispana ___ Nativo hawaiano/isleño del Pacífico ___ Raza mixta ___ Otros ___

*** TODOS los niños pueden participar en este programa si no tienen seguro dental***

Por favor conteste las siguientes preguntas para ayudarnos a aprender acerca de su hijo y proporcionar la mejor atención posible:

- ¿Cuánto tiempo tiene desde que su hijo/a visito a un dentista? Incluyen todos los tipos de dentistas, ortodoncistas, cirujanos orales y todos los demás especialistas dentales o higienistas dentales (por favor marque uno).
1. 6 meses-1 año ___ 1-3 años ___ Más de 3 años ___ Nunca ha visitado a un dentista ___
2. Su hijo ha ido al dentista para: atención de rutina ___ Atención de emergencia o ___ (por favor marque uno)
3. ¿El niño/a tiene algún dolor oral (dolor de muelas, dolor en las encías, etcétera)? Sí ___ No ___
4. Tiene su hijo: Medicaid ¿Nevada Check-Up (CHIP)? Seguro privado Sin seguro
Medicaid ID # _____ **Información del seguro privado** _____
5. ¿Tiene su hijo un dentista establecido? Sí ___ No ___ En caso afirmativo, nombre del dentista _____
6. ¿Ha tenido su hijo alguna vez un serio problema de salud? _____
7. ¿A llevado a su hijo/a, a una sala de emergencias de hospital por salud dental durante este año? Sí ___ No ___
8. ¿Qué debemos saber acerca de su niño antes del tratamiento? _____
9. ¿esta su hijo/a tomando algún medicamento? Si es así por favor explique: _____
10. ¿Tiene su hijo alergia alguna (por ejemplo, medicina, látex, nuez, etcétera)? _____



La financiación de los servicios es posible gracias a una red de generosos socios locales y nacionales.
 Future Smiles nunca le enviará una factura.

Estimados padres/tutores,

FUTURE SMILES es un programa de higiene dental que se dedica a la prevención de enfermedades dentales. Nuestros servicios son proveídos a estudiantes de las escuelas del CCSD y de familias de bajos ingresos, asegurados y/o afiliados de Medicaid/CHIP. No hay ninguna cobro para el niño/a o la familia por nuestros servicios, pero se mandara una factura a Medicaid/CHIP si es aplicable. Su hijo será atendido por un higienista dental y recibirá uno o más de los siguientes servicios preventivos: (1) limpieza dental, (2) selladores, (3) radiografías (lugares limitados) (4) barniz de fluoruro. Recomendamos atención de seguimiento cada 6 a 12 meses.

Un sellador dental es una capa delgada de plástico que rellena los surcos profundos en la parte de masticación del diente. Es fácil, sin dolor y le ayudará a prevenir las caries mientras su hijo/a crece.

Barniz es una capa protectora que se pinta sobre los dientes para ayudar a fortalecer la estructura, ayudando a ser más resistentes a la caries en los dientes.

Una limpieza dental elimina todo el material duro y blando que se forma sobre los dientes del niño. Future Smiles también educará a su hijo sobre cómo cuidar sus dientes en casa y mantener una dieta balanceada para un futuro saludable.

➔ Usted puede encontrar formularios de consentimiento y la información actual de FUTURE SMILES en nuestro sitio web: www.futuresmiles.net

Para tomar ventaja de este gran programa llevado a cabo en la escuela por favor llene el formulario de consentimiento. Esto es información confidencial y nos permite seguir sirviendo a su hijo y conocer el perfil de nuestra comunidad.

1. Número de adultos que viven en su hogar _____ Número de niños que viven en su hogar _____
2. Ingresos mensuales \$ _____
3. ¿Su hijo recibe almuerzo gratis o almuerzo reducido en la escuela? Sí No
4. ¿Cuál es el mayor nivel de educación de los padres?
 ___ Menos de secundaria ___ Diploma de escuela secundaria/GED ___ Algo de Universidad ___ Licenciatura o superior
5. ¿Su hijo vive con los siguientes miembros de familia?
 Solo padre/madre _____ Madre soltera/padre _____
 Ambos padres _____ Otros _____
6. ¿Cuál es su fuente de ingresos? (puede seleccionar más de una opción)
 Empleo _____ Seguro de desempleo _____ Seguro social/SSI _____
 TANF _____ Pensión de jubilación _____ Sin ingresos _____
 Otros _____
7. Si esta empleado/a, es usted? tiempo completo tiempo parcial
8. ¿Cuál es su actual vivienda?
 Propia _____ Alquiler _____ Sin hogar _____ Otros _____

-----FOR OFFICE USE ONLY-----

LOCATION EPOD CL HO MA TA SA
 MOBILE BA BAI BE CH DI FH GI KC MC PE RP WH WI WY Other: