

# ¡Los selladores salvan dientes!

## ¿Qué son los selladores?

Los selladores son revestimientos plásticos delgados, transparentes o blancos. Sellan surcos y depresiones en la parte superior de los dientes. Esto evita que las bacterias y los alimentos queden atrapados en ellos y provoquen caries. El sellador se pinta sobre el diente y luego se endurece con una luz que se aplica sobre el diente. El procedimiento es rápido e indoloro.

## ¿Qué dientes deben sellarse?

Los dientes posteriores en la parte superior e inferior de la boca (molares) se deben sellar. Estos son los dientes más propensos a desarrollar caries.

## ¿Cómo puedo obtener selladores para mi hijo sin costo alguno?

A través del SEAL! MICHIGAN Dental Sealant Program (Programa de Sellador Dental de MICHIGAN, SEAL!), su hijo puede obtener selladores dentales y **NO** se le cobrará nada a usted ni a su familia. Solo se facturará a su seguro Medicaid, Healthy Kids Dental, MICHild u otro seguro dental. ¡Este programa está respaldado por subvenciones y donaciones que permiten que los niños obtengan selladores en forma gratuita!

## Para hacer que su hijo participe en el SEAL! MICHIGAN Dental Sealant Program, siga estos simples pasos:

### PASO 1:

Complete el formulario adjunto.

### PASO 2:

Vamos a la escuela de su hijo para aplicar los selladores. El procedimiento es *rápido e indoloro*.

### PASO 3:

Después de la aplicación de los selladores, continúe cepillando los dientes de su hijo dos veces al día con una cantidad de pasta dental con flúor del tamaño de un guisante para ayudar a mantener sus dientes fuertes.

## Los dientes sanos ayudan a los niños a:

- **Mejorar en la escuela al mantenerse saludables**
- **Enfermarse menos**
- **Comer y masticar con facilidad**
- **Tener sonrisas resplandecientes para hacer amigos**

## Para obtener más información sobre los selladores:

Hable con su dentista o higienista dental, o comuníquese con:

### Programa de Salud Bucal, Estado de Michigan

Departamento de Salud y Servicios Sociales de Michigan

(517) 241-1505

[oralhealth@michigan.gov](mailto:oralhealth@michigan.gov)

## Healthy Kids Dental



La sonrisa de su hijo no tiene precio, por eso Healthy Kids Dental le brinda protección sin costo alguno. Para obtener información sobre la elegibilidad y para inscribirse, visite: [Michigan.gov/HealthyKidsDental](http://Michigan.gov/HealthyKidsDental).



El Departamento de Salud y Servicios Sociales de Michigan (MDHHS) no discrimina a ninguna persona ni grupo de personas por motivos de raza, religión, edad, país de origen, color, estatura, peso, estado civil, información genética, sexo, orientación sexual, expresión o identidad de género, ideología política o discapacidad.

# ¡Ya llega Smiles on Wheels a la escuela de su hijo!

¡Smiles on Wheels le ofrece servicios de higiene dental *sin costo alguno!*

- ▶ Exámenes dentales, limpiezas y educación
- ▶ Selladores
- ▶ Tratamientos con flúor

Luego de la visita, se le enviará a su casa una nota de referencia donde se expliquen los servicios prestados y la información para ayudarlo a encontrar un hogar dental, de ser necesario.

**Complete el consentimiento informado adjunto** para ayudar a sus hijos a tener dientes saludables! Si tiene seguro dental, se le facturarán los servicios prestados. Si no tiene seguro dental, se le prestarán servicios *sin costo alguno.*

Lugar del evento: \_\_\_\_\_ Fecha(s) del evento: \_\_\_\_\_



“Sé que es importante mantener los dientes de mi hijo saludables, pero es difícil faltar al trabajo para traer a mi hijo al dentista. Smiles on Wheels vino directo a la escuela y, de este modo, mi hijo pudo recibir selladores. Me siento mejor al saber que sus dientes están protegidos”.

**Smiles on Wheels**  
Atención de la higiene dental móvil  
501c3 sin fines de lucro  
[www.smilesonwheels.org](http://www.smilesonwheels.org)

**¿Tiene alguna pregunta?**  
Comuníquese con Smiles on Wheels  
Jackson: (517) 740-7422  
Upper Peninsula: (906) 221-2389  
[smilesonwheels@hotmail.com](mailto:smilesonwheels@hotmail.com)

 DELTA DENTAL®

**SEAL!**  
MICHIGAN

# Consentimiento informado para padres de Smiles on Wheels

## Programa de sellado dental y barniz de flúor

Acerca de su hijo

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

Nombre completo del niño: \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Segundo nombre) (Apellido)

Dirección: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: \_\_\_\_\_  
(Calle) (Ciudad) (Código postal)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Masculino o femenino N.º de teléfono celular: \_\_\_\_\_  
(Mes) (Día) (Año) (marque con un círculo)

Idioma preferido (marque uno):  Inglés  Español  Otro (Especifique): \_\_\_\_\_

Elija la opción que mejor describe a su hijo (marque una o más):  Negro/Afroamericano  Blanco  Hispano/Latino  
 Asiático  Árabe estadounidense  Indígena estadounidense/Nativo de Alaska  Nativo de Hawái/Nativo de otra isla del Pacífico  Otro

La caries es una de las enfermedades más comunes que se encuentran en los niños. Puede aplicarse un barniz de flúor en los dientes para protegerlos de la caries. El barniz de flúor puede aplicarse hasta cuatro veces al año.

Consentimiento del padre

**SÍ**, doy mi permiso para que mi hijo reciba: barniz de flúor, examen dental, limpieza dental y selladores, de ser necesario.

**SÍ**, doy mi permiso para que mi hijo reciba: solamente una evaluación bucal y selladores.

**NO**, no doy mi permiso para que mi hijo reciba tratamiento alguno con Smiles on Wheels.

Nombre del padre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del padre: \_\_\_\_\_

*Este consentimiento será válido por el período de 12 meses de este programa.*

Antecedentes de salud

(Marque con un círculo):

**SÍ/NO** 1) ¿Presenta su hijo alguna alergia? Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? \_\_\_\_\_

**SÍ/NO** 2) ¿Toma su hijo algún medicamento? Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? \_\_\_\_\_

**SÍ/NO** 3) ¿Presenta su hijo alguna afección médica, tales como enfermedad cardíaca, asma, rinitis alérgica, hepatitis, cáncer, diabetes o alguna otra afección? Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? \_\_\_\_\_

**SÍ/NO** 4) ¿Presenta su hijo deficiencias del aprendizaje o emocionales? Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál? \_\_\_\_\_

Información del seguro

**Este programa no requiere que realice ningún pago.** Sin embargo, se facturará a Medicaid/Healthy Kids Dental/MiChild y otros seguros dentales para ayudar a cubrir los costos de este programa. Complete la información sobre el seguro.

N.º de Medicaid: \_\_\_\_\_ Nombre del seguro: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Apellido)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N.º de grupo: \_\_\_\_\_  
(Mes) (Día) (Año)

N.º de póliza o de identificación: \_\_\_\_\_  N.º de Seguro Social del asegurado: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

*La información personal de su hijo se mantendrá en forma confidencial y no se compartirá con otra persona que no esté directamente involucrada en la atención de su hijo como parte de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA).*

*Los servicios dentales pueden obtenerse en el hogar dental del paciente en lugar de obtenerse de un centro dental móvil. Además, obtener servicios por duplicado podría afectar los beneficios del seguro que esté recibiendo de un seguro privado, un programa estatal o federal, o de un tercero proveedor de beneficios dentales.*

### PARA USO ADMINISTRATIVO ÚNICAMENTE

VISITA 1:

Fecha: \_\_\_\_\_ RDH: \_\_\_\_\_ Profilaxis AD/CH: \_\_\_\_\_ Barniz: \_\_\_\_\_ Examen: \_\_\_\_\_ N.º de diente: \_\_\_\_\_ Empastes: \_\_\_\_\_ Caries: \_\_\_\_\_

Necesidades especiales: \_\_\_\_\_ Atención de urgencia/n.º de absceso: \_\_\_\_\_ N.º DE SELLO: NINGUNO 3 14 19 30 2 15 18 31 4 5 12 13 20 21 28 29

Notas: \_\_\_\_\_

VISITA 2:

Fecha: \_\_\_\_\_ RDH: \_\_\_\_\_ Profilaxis AD/CH: \_\_\_\_\_ Barniz: \_\_\_\_\_ Examen: \_\_\_\_\_ N.º de diente: \_\_\_\_\_ Empastes: \_\_\_\_\_ Caries: \_\_\_\_\_

Necesidades especiales: \_\_\_\_\_ Atención de urgencia/n.º de absceso: \_\_\_\_\_ N.º DE SELLO: NINGUNO 3 14 19 30 2 15 18 31 4 5 12 13 20 21 28 29

Notas: \_\_\_\_\_

VISITA 3:

### Control de retención de sellado:

Fecha: \_\_\_\_\_ RDH: \_\_\_\_\_ Retención completa: \_\_\_\_\_ N.º REEMPLAZADO: 3 14 19 30 2 15 18 31 4 5 12 13 20 21 28 29