

# ¡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