

Consentimiento informado para padres de Smiles on Wheels

Programa de sellado dental y barniz de flúor

Dates: _____

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.

☐ 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.



Sí / No

Doy permiso para fotografiar a mi hijo.a y usar su imagen

Nombre del padre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

Firma del padre: _____ Relación: _____

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

(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? _____

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: _____ O 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)

La información de su hijo puede ser compartida con la administración de la escuela.

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

Date: _____ Data Entered: _____ Billed: _____ Qualtrics: _____ Scanned: _____

Notes: _____

Date: _____ Data Entered: _____ Billed: _____ Qualtrics: _____ Scanned: _____

Notes: _____

2nd Visit Calls

Date: _____ Spoke to: _____ LMM: _____ Text Sent: _____ HHx Updated: _____ Ins Updated: _____

Notes: _____

¡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.

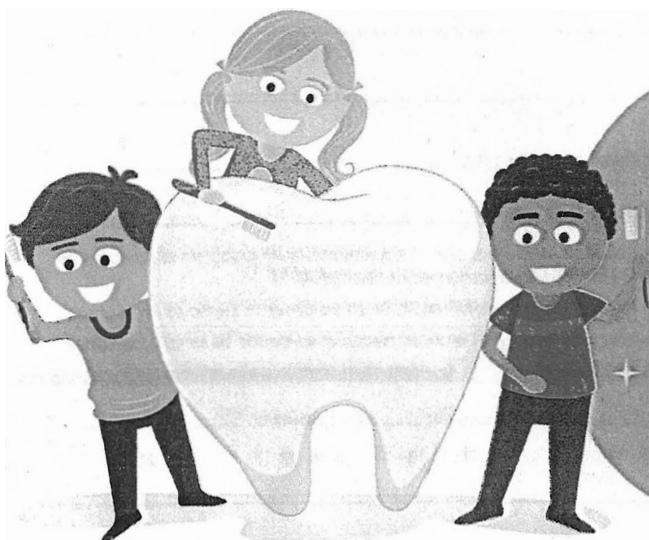
Complete el consentimiento informado adjunto ipara ayudar a sus hijos a tener dientes saludables! Si tiene seguro dental, se le facturarán los servicios prestados. Si no tiene seguro dental, se le prestarán servicios *sin costo alguno.*



encuesta del programa
Por favor, ayúdenos
completando esta encuesta.



El ABC de la salud oral
Escanea el código QR para obtener
consejos de salud bucal para niños



“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

¿Tiene alguna pregunta?
Comuníquese con Smiles on Wheels
Jackson: (517) 740-7422
Upper Peninsula: (906) 221-2389
info@smilesonwheels.org

 **DELTA DENTAL**

Delta Dental of Michigan