

# ¡Servicios Dentales en la Escuela!

Entregar el: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_  
 Nombre del niño: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Maestro: \_\_\_\_\_ Salón#: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_



OAKLAND UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
Community Schools, Thriving Students



NATIVE AMERICAN HEALTH CENTER  
Serving the community since 1972



LifeLong Medical Care  
Health Services for All Ages



## Sobre el programa dental:

Este programa dental es apoyado por OUSD y la Oficina de Salud Dental del Condado de Alameda.

- **Todos los estudiantes son candidatos a tener servicio dental sin costo, sin importar su seguro médico o estatus legal.** Podemos cargarlo a Medi-Cal o proveer mismos servicios sin cargo alguno a estudiantes sin seguro médico.
- Todo servicio es desarrollado por proveedores dentales titulados en la escuela. Su hijo no perderá ningún día de clases.
- Puede elegir que servicios dentales quiere que su hijo reciba: examen dental, servicio preventivo algunos tratamientos dentales están disponibles en la escuela. En algunos casos los estudiantes pueden ser referidos a una clínica dental.

## Como obtener este cuidado dental para su hijo:

Para dar su permiso, favor de llenar forma de consentimiento y entregarla en la escuela lo más pronto posible. Información sobre consulta privada, políticas y procedimientos están disponibles en la oficina de la escuela o clínica.

Mi hijo NO participará en este programa dental

## 1. Primero proporcione su información (padre/tutor)

Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_  
 Usted es:  Madre  Padre  Otro: \_\_\_\_\_  
 Núm., teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: mes: \_\_\_\_\_ día: \_\_\_\_\_ año: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Apto. # \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
 Idioma que se habla en casa: \_\_\_\_\_

## 2. Proporcione información del niño que recibirá cuidado dental

(Debe llenar una forma por cada niño que recibirá cuidado dental)

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

género/sexo del niño: \_\_\_\_\_

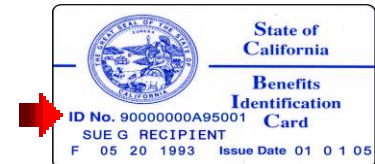
Fecha de nacimiento: mes: \_\_\_\_\_ día: \_\_\_\_\_ año: \_\_\_\_\_

Es este niño:  hispano/Latino  afroamericano  blanco  
 nativo americano  isleño del pacifico  asiático  
 multi-racial  otro: \_\_\_\_\_  declina responder

## 3. Información de seguro médico

¿Qué tipo de seguro tiene su hijo?

- No tiene seguro al momento**
- Medi-Cal** → favor de escribir el # ID Medi-Cal en la tarjeta: \_\_\_\_\_
- HealthPAC**  **Otro Seguro Médico Público**  **Seg. Méd. Privado**



## 4. ¿Tiene dentista este niño?

- Si** → Nombre del dentista o clínica \_\_\_\_\_
- No**
- ¿Cuándo fue su última visita al dentista?
- menos de 6 meses  de 6 meses a 1 año  
 mas de 1 año  nunca ha ido al dentista

## 5. ¿Esta tomando medicamentos?

Esto incluye medicamentos por prescripción médica y medicamentos adquiridos sin prescripción médica.

- No medicamentos**
- Sí** → favor de enlistar **nombre y propósito** de cada medicamento:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Favor de llenar frente y reverso de esta forma



## 6. ¿Ha tenido el niño alguna de estas condiciones médicas?

De ser así, marque en el recuadro para indicar cuáles.

### **No condiciones medicas**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> asma                  | <input type="checkbox"/> ADD o ADHD               | <input type="checkbox"/> fiebre reumática    |
| <input type="checkbox"/> diabetes              | <input type="checkbox"/> epilepsia o convulsiones | <input type="checkbox"/> problema de riñón   |
| <input type="checkbox"/> problemas del pulmón  | <input type="checkbox"/> desorden emocional       | <input type="checkbox"/> célula falciforme   |
| <input type="checkbox"/> TB (tuberculosis)     | <input type="checkbox"/> hepatitis u otro         | <input type="checkbox"/> hemofilia (desorden |
| <input type="checkbox"/> problemas del corazón | <input type="checkbox"/> problema de hígado       | <input type="checkbox"/> de coagulación)     |
| <input type="checkbox"/> otra condición: _____ |   |  |

## 7. ¿Tiene alergias el niño?

### **No alergias a saber**

- alérgico a penicilina       alérgico a cacahuates       alérgico a lactes
- otras alergias o sensibilidad a medicamentos: \_\_\_\_\_
- Reacción: \_\_\_\_\_

## 8. Servicios que se proporcionarán: Servicios Preventivos

Tendremos que hacer una revisión dental obligatoria (examen) para ver que cuidado dental necesita su hijo. Con frecuencia se necesitan rayos-x dentales para ayudar a localizar caries.

¿Da usted permiso para que proporcionemos a su hijo los siguientes servicios?

Una revisión dental (examen)       Sí       No

Rayos-X dentales en la boca de su hijo       Sí       No

¿Da usted permiso para que apliquemos a su hijo los siguientes tipos **cuidados dentales preventivos**?

- Limpieza Dental
- Tratamiento de fluoruro que ayuda a prevenir la caries
- Sellador dental para prevenir caries
- Consejos como cepillarse y como cuidar sus dientes

Sí, me gustaría que mi hijo recibiera cualquier servicio preventivo necesario.

No, no deseo que mi hijo reciba ningún cuidado preventivo dental.

## 9. Servicios que se proporcionarán: Servicios de Tratamiento

Si el examen muestra que su hijo necesita tratamiento, le haremos saber. De ser necesario, ¿nos da permiso de proporcionar a su hijo los siguientes tipos de **tratamiento de caries (diente deteriorado) u otro problema dental**?

Relleno de caries con compuesto (relleno color diente)       Sí       No

Relleno de caries con amalgama (relleno color plateado)       Sí       No

Extracción de "diente temporal"       Sí       No

## 10. ¿Quiere estar presente cuando su hijo este en cuidado dental en la escuela?

No, no planeo ir a la cita. Está bien si mi hijo recibe cuidado dental si estoy o no presente.

Sí, me gustaría estar ahí, si puedo. Pero si no puedo ir a la cita, está bien si mi hijo recibe cuidado dental.

Sí, no deseo que mi hijo reciba cuidado dental a menos que esté presente.

## 11. Favor de leer y firmar abajo. Al firmar abajo, usted da su consentimiento a lo siguiente:

- Doy permiso a las clínicas (Asian Health Services, La Clínica de La Raza, Lifelong Medical Care o Native American Health Center) para proporcionar a mi hijo examen y servicios dentales, marque "SI" para.
- Doy permiso a las clínicas, de ser necesario, hacer una segunda revisión de 6 meses a un año después del tratamiento para revisar el sellado se retiene y la salud oral de mi hijo ha mejorado.
- Doy permiso a las clínicas de compartir información necesaria para facturar a Medi-Cal. También doy a las clínicas permiso de compartir información de mi hijo a la escuela y OUSD, la Oficina de Salud Dental del Condado de Alameda.
- Entiendo que lo servicios serán proporcionados sin costo para quienes no tengan un seguro medico.
- Entiendo que las clínicas siguen políticas de proteger privacidad del paciente, información y copias de estas políticas están disponibles al solicitarlas.
- Entiendo que la información colectada en esta forma entrara al Sistema de Administración de Practicas de las clínicas.

Firme aquí: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Regrese esta forma a la oficina o maestro antes de la fecha límite.

**Service Provider (Agency):**

**Phone number:**

**Address:**

¿Llenó usted el frente de esta forma?

