

¡Servicios Dentales en la Escuela!



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



Entregar el: _____ Escuela: _____
Nombre del niño: _____
Nombre del Maestro: _____ Salón#: _____ Grado: _____

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

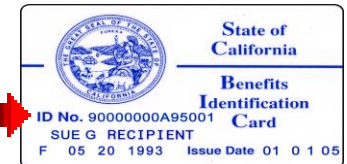
¿Qué tipo de seguro tiene su hijo?

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 de coagulación) |
| <input type="checkbox"/> problemas del corazón | <input type="checkbox"/> problema de hígado | |
| <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?

