

Colaboración de salud dental basada en la escuela

Hunter Health



GraceMed



HealthCore



Sedgwick County Health Department



La escuela de su hijo está ofreciendo servicios de cuidados preventivos de la salud bucal. Se están realizando evaluaciones dentales y servicios de atención prolongada en las escuelas durante el año escolar 2024-25. Usted recibirá una notificación en el futuro cuando se haya establecido una fecha.

La evaluación en la escuela y los servicios de atención prolongada NO sustituyen un examen dental ni incluyen rayos X. Por favor, continúe consultando regularmente a su dentista.

Evaluaciones

Todos los estudiantes en las Escuelas públicas de Wichita recibirán evaluaciones dentales a menos que brinden una tarjeta de cuidado dental completa a la enfermera escolar en la que conste que han recibido un examen dental reciente. Si su hijo ya recibe un chequeo de rutina cada seis meses, por favor, notifique a la enfermera escolar y *continúe consultando a su dentista para limpiezas y chequeos regulares!*

Si su hijo es remitido a un dentista para un examen, por favor, llame a su enfermera escolar si necesita ayuda para pedir una cita dental.

Servicios de atención prolongada

Se presentarán higienistas con Licencia de atención prolongada para brindar limpieza dental, barniz de fluoruro, y selladores. *No se brindarán servicios de rayos X, exámenes, o servicios de restauración como empastes o extracción de diente.*

Si desea registrar a su hijo para los Servicios de atención prolongada (limpieza, barniz de fluoruro, y selladores*) por favor, complete el **reverso** de este formulario y devuélvalo a la enfermera escolar cuando sea posible. * *Los selladores son películas de material similar al plástico colocadas en las cavidades y ranuras de molares permanentes para reducir el riesgo de caries. Un diente sellado adecuadamente tiene hasta un 50 por ciento menos de probabilidades de desarrollar una carie en el futuro.*

Si se brindan servicios dentales a su hijo en la escuela, recibirá un informe que conste de los servicios que recibió su hijo. En ocasiones, un estudiante avanzado de higiene dental de la Universidad Estatal de Wichita puede acompañarnos y asistirnos en un evento dental.

Por favor vea el reverso →

Colaboración de salud dental basada en la escuela

Consentimiento para cuidado dental en la escuela

Servicios preventivos: La Colaboración de salud dental basada en la escuela está brindando cuidado dental en la escuela incluyendo limpiezas, selladores, y barniz de fluoruro. Todos los niños son bienvenidos a participar en el programa, pero el programa se centra especialmente en aquellos niños que no reciben servicios en un consultorio odontológico. **No se negarán los servicios a ningún niño basado en su estado de seguro o capacidad de pago. Sin embargo, el seguro (si está disponible) será facturado.**

****Si su hijo ya consulta regularmente un dentista, por favor, no complete este formulario****

Nombre de la escuela: _____
Nombre del estudiante: _____ Género: Masculino Femenino
Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Edad: _____ Maestra/o _____
Nombre del padre: _____ Número de teléfono: _____
Dirección: _____ Ciudad _____ Código postal _____
Correo electrónico: _____
Raza/Etnia: Asiático Amerindio/Nativo de Alaska Negro/Afroamericano Nativo de Hawái Otro Pacífico
 Caucásico/Blanco Más de una raza Hispano/Latino No Hispano/Latino

¿Cuándo fue la última visita dental de su hijo? En los últimos seis meses En el año pasado Hace más de un año Nunca

¿Cómo se llama el dentista que consulta? _____

<input type="checkbox"/> ¿Su hijo califica para el programa escolar de almuerzo gratuito/con descuento?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> KanCare # 001 _____	<input type="checkbox"/> Sin seguro	
<input type="checkbox"/> Aseguradora dental privada _____	Número de póliza _____	Número de grupo _____
Nombre del asegurado _____	Nacimiento del asegurado _____	Seguro Social del asegurado XXX-XX-_____

Liste las alergias conocidas:

Condiciones médicas (marque todas las que correspondan)

_____	<input type="checkbox"/> Válvula cardíaca artificial	<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Trastorno cardíaco congénito	<input type="checkbox"/> Autismo
_____	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Articulación artificial	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> TDAH
_____	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo	

Otras condiciones médicas o necesidades especiales de atención médica: _____

Por favor, liste todos los medicamentos actuales: _____

¿Su médico ordenó que su hijo tome medicamentos previos (antibióticos) antes de un tratamiento dental? No Sí

De ser así, para qué condición; ¿y qué medicamento toma su hijo y en qué dosis?

Soy el padre o tutor legal y doy mi consentimiento para que el niño mencionado anteriormente reciba cualquier tratamiento dental que se considere necesario por los higienistas para la prevención de enfermedades dentales. Esto incluye limpiezas, aplicación de barniz de fluoruro, y selladores dentales.

HealthCore, GraceMed, y/o Hunter Health tratarán la información de todos sus pacientes como información médica protegida bajo los reglamentos de la HIPAA, intercambiando PHI solo con el personal que empleen y con el edificio/escuela responsable por el tratamiento médico y/o revisión de registros. La información de la participación de mi hijo en este evento especial será utilizada anónimamente con fines estadísticos.

La información anterior es verdadera a mi leal saber.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Revisado 6/2019