



## Programa de atención dental móvil S-Miles To Go

El **PROGRAMA DE ATENCIÓN DENTAL S-MILES TO GO** de UB visitará pronto la escuela de su hijo. Si no tiene un dentista, esta es una gran oportunidad para que su hijo reciba atención dental durante el día escolar.

### ¿QUÉ ES?

El **PROGRAMA DE ATENCIÓN DENTAL S-MILES TO GO** (Furgoneta de atención dental) ofrece los siguientes servicios dentales a sus hijos:

- Un nuevo consultorio dental móvil de 3 sillas que se estacionará en la escuela.
- Exámenes, radiografías, limpiezas, selladores, empastes y otros servicios dentales.
- Especialistas en odontología pediátrica y general.
- Si su hijo tiene seguro dental, se le facturará a la compañía de seguros por los servicios descritos anteriormente. Si no tiene seguro dental o no puede pagar la atención dental, UB Dental tiene un programa de tarifa variable para ayudarlo. Llame al 716-829-6240 para hacer acuerdos de pago para evitar recibir una factura. Nuestro objetivo es prestar servicios dentales a todos independientemente de la capacidad de pago.

### ¿CÓMO FUNCIONA?

- Complete el formulario de consentimiento adjunto. Incluya la información del seguro y marque solo una casilla indicando los servicios que desea que reciba su hijo. No olvide firmar el formulario.
- A los seguros de Medicaid, Child Health Plus y Family Health Plus se les facturará por los servicios y se aceptarán como pago total. Para seguro privado, llame al 716-829-6240 para recibir instrucciones.
- Los exámenes dentales y la educación sobre la salud bucal se le brindan sin cargo y se enviará a su casa un formulario de informe de exámenes.
- El tratamiento se brinda a su hijo durante el día escolar en la furgoneta de atención dental de *S-Miles To Go* o en la escuela con equipo dental portátil.
- Los padres pueden asistir a la cita, pero no es necesario.

### ¿QUÉ ES LO QUE SIGUE?

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Maestro \_\_\_\_\_

**SÍ, deseo que mi hijo reciba atención dental**

Si la respuesta es “Sí”, para inscribir a su hijo en el programa de atención dental móvil S-miles To Go, complete la documentación adjunta y devuélvala al maestro de su hijo apenas sea posible.

**NO, no deseo que mi hijo reciba atención dental, mi hijo visita a un dentista regularmente.**

Si la respuesta es “No”, devuelva este formulario al maestro de su hijo para evitar cualquier comunicación adicional. ¡Gracias!

### ¿PREGUNTAS?

- Comuníquese con el coordinador de admisiones al 716-970-6343, con la MDU al 716-560-5127 o con Paula Fischer de UB al 716-829-6240 o en [pmfische@buffalo.edu](mailto:pmfische@buffalo.edu)

*La mala salud bucal puede conducir a una disminución del rendimiento escolar, malas relaciones sociales y menos éxito en el futuro. Los niños que experimentan dolor bucal se distraen y no pueden concentrarse en el trabajo en clase. UB Dental está aquí para ayudar a su hijo a tener éxito.*



**Programa de atención dental móvil S-Miles To Go**

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_

<b>Información del paciente</b>			Fecha: ____/____/____
Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Fecha de nacimiento:    /    /	Número del Seguro Social:	Sexo:	Masculino    Femenino
Dirección:	Ciudad:	Código postal:	
Correo	N.º de teléfono de la casa:	N.º de celular:	

<b>Persona económicamente responsable - Padre principal / Tutor</b>			
Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Custodia legal – Relación:	Sexo: Masculino    Femenino		<input type="checkbox"/> Se proporcionó sobre la custodia
<b>Idioma principal:</b>	<b>Necesita un intérprete</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Número del Seguro Social:	Fecha de nacimiento:    /    /		
Domicilio (si es diferente del de arriba):	Ciudad:	Código postal:	
Correo	N.º de teléfono de la casa:	N.º de celular:	

<b>Padre secundario / Tutor (opcional)</b>			
Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Relación: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Custodia legal – Relación:	Sexo: Masculino    Femenino		<input type="checkbox"/> Se proporcionó sobre la custodia
Número del Seguro Social:	Fecha de nacimiento:    /    /		
Domicilio (si es diferente del de arriba):	Ciudad:	Código postal:	
Correo	N.º de teléfono de la casa:	N.º de celular:	

<b>Información de contacto de emergencia</b>		
Nombre:	Relación:	
Dirección:	N.º de teléfono:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:

**Raza:**     Blanco/caucásico     Negro/afroamericano     Asiático     Nativo americano     Nativo de Hawái  
 De otra isla del Pacífico     Más de una raza     Se niega a responder

**Origen étnico:**     No hispano     Hispano     Se niega a responder



**Programa de atención dental móvil S-Miles To Go**

Información del médico y la farmacia		
Nombre de la farmacia:	Dirección:	Número de teléfono:
Nombre del médico:	Número de teléfono:	Fecha de la última visita:
¿Hospitalizaciones previas en los últimos 5 años/cirugías/visita a la sala de emergencia/enfermedades graves? Si la respuesta es "Sí", ¿hace cuánto tiempo?		

**Información médica:**

- ¿Tiene su hijo buena salud?  Sí  No
  - Si la respuesta es "No", explique: \_\_\_\_\_
  - ¿Ha habido algún cambio en la salud de su hijo en el último año?  Sí  No
  - Si la respuesta es "Sí", explique: \_\_\_\_\_
  - **Alergias** (alimentos, estacionales, medicamentos) \_\_\_\_\_  Sí  No
  - ¿Tiene su hijo las vacunas al día?  Sí  No
  - ¿Tiene su hijo alguna condición médica que requiera que tome medicamentos antes del tratamiento dental?  Sí  No
  - Enumere todos los medicamentos, suplementos, vitaminas, medicamentos naturales o a base de hierbas que toma su hijo.
- 
- ¿Recibe o ha recibido su hijo en el último año atención médica?  Sí  No
  - ¿Ha recibido su hijo un trasplante de órganos? Si la respuesta es "Sí", especifique: \_\_\_\_\_  Sí  No
  - ¿Lo han operado a corazón abierto? Si la respuesta es "Sí", especifique: \_\_\_\_\_  Sí  No
  - ¿Se ha sometido su hijo a una artroplastia total? Si la respuesta es "Sí", especifique \_\_\_\_\_  Sí  No
  - ¿Se ha sometido su hijo alguna vez a radioterapia o quimioterapia por algún crecimiento, tumor u otra condición? (Especifique) \_\_\_\_\_  Sí  No
  - En los últimos 2 años, ¿ha su hijo tomado o toma esteroides (p. ej., cortisona)?  Sí  No
  - ¿Ha su hijo tomado, toma o tiene previsto empezar a tomar bifosfonatos orales (Alendronato, Fosamax, Fosamax Plus D), Etidronato (Didronel), Ibandronato (Boniva), Risedronato (Actonel), o Tiludronato (Skelid)? (Especifique) \_\_\_\_\_  Sí  No
  - ¿Ha su hijo recibido, recibe o tiene previsto recibir bifosfonatos intravenosos (Clodronato (Bonefos), Pamidronato (Aredia) o Ácido zoledrónico (Reclast, Zometa)? (Especifique) \_\_\_\_\_  Sí  No



**Programa de atención dental móvil S-Miles To Go**

- ¿Cuál es el estado general actual de su hijo respecto al tabaco?  
1 cajetilla de cigarrillos o más por día      Nicotina por vapeo      Fuma cierta cantidad, pero no a diario  
1 cigarrillo o más al día      Menos de una cajetilla de cigarrillos      Fumaba      Nunca fumó

- ¿Consume su hijo rapé, tabaco de mascar, bidis? (Especifique) \_\_\_\_\_  Sí  No
- ¿Toma su hijo bebidas alcohólicas? Si es así, ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Sí  No
- ¿Consume su hijo drogas recetadas o compradas en la calle u otras sustancias con fines recreativos? (Especifique) \_\_\_\_\_  Sí  No

**¿Tiene su hijo algunas de las siguientes enfermedades o problemas (si es así, encierre en un círculo)?**

- Enfermedad del corazón/presión alta  Sí  No
- Fiebre reumática/enfermedad del corazón  Sí  No
- Defecto congénito en el corazón/soplo cardíaco  Sí  No
- Anemia/enfermedad de células falciformes/transfusiones de sangre  Sí  No
- Hemofilia/sangrado prolongado/se le forman hematomas con facilidad  Sí  No
- VIH/sida  Sí  No
- Trastorno del estómago/de los intestinos/del hígado/hepatitis  Sí  No
- Trastorno de los riñones/de las vías urinarias  Sí  No
- Diabetes/trastorno endocrino/tiroides/trastorno alimenticio  Sí  No
- Cáncer/tumores  Sí  No
- Problema dermatológico/de la piel  Sí  No
- Discapacidad del habla o auditiva  Sí  No
- Problemas neurológicos/nerviosos: TDA, TDAH, parálisis cerebral, trastorno de salud mental  Sí  No
- Epilepsia/convulsiones: convulsiones, mareos o desmayos, pérdida de la conciencia  Sí  No
- Problema respiratorio/de los pulmones: asma, bronquitis, neumonía, tuberculosis  Sí  No
- Crecimiento/Desarrollo: retraso en el desarrollo/trastorno genético/nacimiento prematuro/complicaciones en el embarazo, problemas conductuales, nerviosismo excesivo, discapacidad del aprendizaje  Sí  No
- Problema en la cabeza/ojos/oído/nariz/garganta  Sí  No
- Trastorno muscular/óseo/del tejido conectivo  Sí  No
- Enfermedad infecciosa  Sí  No
- Otro  Sí  No

**Alguno que no se mencionó o Si la respuesta es "Sí", explique:** \_\_\_\_\_

**MUJERES ÚNICAMENTE:**

- ¿Está su hija embarazada?  Sí  No
- ¿Está su hija amamantando?  Sí  No
- ¿Toma su hija píldoras anticonceptivas, medicamentos para fertilidad o reemplazo hormonal? (Especifique) \_\_\_\_\_  Sí  No



Programa de atención dental móvil S-Miles To Go

Firma del proveedor de UB Dental: \_\_\_\_\_

Dentista anterior, si lo hubiera: \_\_\_\_\_

¿ES ESTA LA PRIMERA VISITA DENTAL DE SU HIJO?  Sí  No  No estoy seguro

¿Cuándo fue la última vez que recibió su hijo atención dental?

Encierre en un círculo: Durante el año 1 a 3 años Más de 3 años

¿TIENE SU HIJO ALGÚN PROBLEMA/INQUIETUD DENTAL ACTUAL? (dolor de muelas, diente flojo, inflamación)  Sí  No

Si la respuesta es "Sí", explique: \_\_\_\_\_

**Información del seguro dental:**

- SIN SEGURO para COBERTURA DENTAL (el personal del programa se comunicará con usted)
- SEGURO MÉDICO (complete la información del recuadro 1)
- OTRO SEGURO DENTAL (complete toda la información abajo en el recuadro 2)

Los pacientes con seguro a través de Medicaid deben completar el recuadro de abajo:

**Recuadro 1**

Nombre del seguro médico: \_\_\_\_\_ N.º de identificación \_\_\_\_\_  
(Ejemplo: Medicaid, Fidelis, Highmark, Molina, Independent Health, etc.) (El número está en la tarjeta)

Número de Cin (Ejemplo: AB12345C) \_\_\_\_\_

Pacientes con seguro comercial: (seguro a través del empleador). Todos los campos de abajo son obligatorios:

**Recuadro 2**

Nombre del seguro: (ejemplo: Delta Dental) \_\_\_\_\_

Dirección de reclamos de seguros: \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código postal

Nombre del suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del suscriptor: \_\_\_\_\_

N.º de identificación del suscriptor \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_



## Programa de atención dental móvil S-Miles To Go

- Los riesgos asociados con el tratamiento son: mordedura o rasguño accidental del labio o la mejilla por parte del paciente si se usa anestesia local o molestias leves, sangrado o inflamación. Si no se brinda ningún tratamiento, puede ocurrir lo siguiente: enfermedad dental o bucal no detectada (caries, enfermedad de las encías, etc.) que puede provocar dolor, inflamación o infección.
- En el caso muy poco probable de que el paciente o un proveedor tratante del paciente esté expuesto a sangre o fluidos corporales potencialmente infecciosos durante el tratamiento, doy mi consentimiento para que trasladen a mi hijo de inmediato a un hospital local para evaluación médica y seguimiento por parte de un médico o proveedor de atención médica. Entiendo que, si bien se hará todo lo posible para informarme antes de que esto ocurra, entiendo que debido a la importancia de la evaluación oportuna, doy mi consentimiento para esta evaluación o tratamiento sin mi consentimiento verbal después de una posible exposición.
  - Entiendo que este consentimiento puede mantenerse vigente durante un año. Entiendo que es mi responsabilidad informar al proveedor de atención dental de cualquier cambio en la información médica de mi hijo.
  - **Entiendo que toda la información será confidencial. He leído y acepto el Aviso de Prácticas de Privacidad y Derechos y Responsabilidades del Paciente (disponible en el enlace de abajo).**

<https://dental.buffalo.edu/patients/current-patients/patient-privacy-information.html>

- Si necesita atención especializada (sedación), se lo notificará y remitirá a UB School of Dental Medicine o a un proveedor que usted elija.
- También doy mi consentimiento para que el médico de mi hijo/a o el funcionario escolar puedan divulgar cualquier información médica al personal de UB Dental que pueda afectar su tratamiento dental. Además, si se menciona a un dentista arriba, entiendo que cualquier hallazgo o tratamiento dental se enviará a ese proveedor.
- Podrán tomarse fotografías con diversos fines, incluyendo su uso en el expediente médico electrónico, con fines educativos/de formación y para comercialización, incluida la publicidad impresa, en la televisión y en Internet. Al dar su consentimiento para la divulgación de imágenes, usted acepta que no recibirá ningún tipo de compensación por el uso de las imágenes. Su negativa a dar consentimiento para la divulgación de imágenes del paciente no afectará, de ninguna manera, a la atención dental recibida. Puede revocar su autorización para la divulgación de las fotografías presentando una solicitud por escrito.

Autorizo el uso de fotografías para lo siguiente:

- Uso de las imágenes para el expediente médico electrónico  Sí  No
- Uso de las imágenes con fines educativos/de formación  Sí  No
- Uso de las imágenes para publicidad en redes sociales y en línea, comercialización impresa, publicidad en video y en la televisión  Sí  No

### CONSENTIMIENTO

**Para que podamos atender a su hijo, usted debe firmar en la página 7 indicando que ha leído y acepta la siguiente información:**

#### Autorización para tratamiento:

Yo, el abajo firmante, por el presente autorizo al personal de atención dental de UB School of Dental Medicine a proporcionarle atención dental a mi hijo según se me indicó en la Unidad de atención dental móvil. **Es mi responsabilidad informar al proveedor de atención dental de cualquier cambio en la información médica de mi hijo llamando al (716)560-5127, (716)970-6343 o al (716)829-6240.**



## Programa de atención dental móvil S-Miles To Go

**Responsabilidad económica/Asignación de beneficios:** Autorizo a UB School of Dental Medicine (UBSDM) a solicitar beneficios del seguro en nombre de mi hijo y a solicitar a la compañía de seguros que pague directamente a UBSDM los beneficios del seguro que de otro modo me corresponderían a mí. Entiendo que es mi responsabilidad dar información sobre la cobertura del seguro y notificar a UBSDM de cualquier cambio. **Si a su hijo le hicieron una limpieza dental en los últimos 6 meses y utilizó su seguro, no es elegible para el reembolso del seguro en este momento. Medicaid y el seguro privado se aceptaron como pago total. Usted no recibirá una factura si tenemos la información correcta sobre el seguro. En caso de que considere que recibió una factura por error, llame a Paula Fischer al 716-829-6240**

Entiendo que, al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que a la persona mencionada arriba se le haga un examen dental, radiografías de mordida y/o panorámicas según sea necesario, limpieza dental, instrucciones de cepillado/uso de hilo dental, tratamiento con flúor (barniz y diamina de plata), selladores, empastes y extracciones simples según sea necesario.

**\*\*\*MARQUE SOLO UNA CASILLA\*\*\***

- Sí, quisiera que un proveedor de atención dental con licencia o un estudiante de odontología bajo la supervisión de un proveedor de atención dental con licencia le haga a mi hijo **un examen dental incluyendo radiografías (si es necesario), limpieza, tratamiento con flúor, sellantes** (un recubrimiento que protege los dientes de las caries), **empastes, extracciones (sacar los dientes) y otros tratamientos según sea necesario.**
- Sí, quisiera que un proveedor de atención dental con licencia o un estudiante de odontología bajo la supervisión de un proveedor de atención dental con licencia le haga a mi hijo **un examen dental y le dé educación sobre salud bucal (sin cargo para usted).**

**\*\*Un formulario de informe se enviará a su casa con su hijo\*\***

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para el tratamiento y acepto las Responsabilidades económicas que se describieron antes.

También acepto permitir que University at Buffalo School of Dental Medicine (UBSDM) facture a mi seguro los servicios prestados en la furgoneta de atención dental móvil de UB y que el pago se haga directamente a UBSDM. Si se me envía el pago por error, acepto reenviarlo a UBSDM a la dirección que figura abajo. Incluya el número de cuenta con el pago.

**(Los formularios que no estén firmados se devolverán).**

UB School of Dental Medicine Billing Department  
3435 Main Street  
Squire Hall  
Buffalo, NY 14214

Nombre de su hijo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor legal \_\_\_\_\_ Nombre del padre/madre/tutor legal en letra de imprenta

Relación con su hijo \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Este acuerdo permanecerá vigente a menos que el suscriptor solicite, por escrito, su revocación.**

**NO PUEDE RECIBIR ATENCIÓN DENTAL A MENOS QUE RECIBA LA INFORMACIÓN DE ARRIBA. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame a la Unidad de atención dental móvil al 716-560-5127, 716-970-6343 o a Paula Fischer al 716-829-6240.**

Si tiene una emergencia dental de lunes a viernes en el horario de atención de 9 a. m. a 4 p. m., llame a la Unidad de atención dental móvil al 716-560-5127, 716-970-6343 o a UB School of Dental Medicine al 716-829-2824. Después del horario de atención o durante el fin de semana, diríjase a su centro de atención de emergencia más cercano. UB School of Dental Medicine no es responsable del reembolso de los gastos en los que incurra al recibir atención dental de emergencia en cualquier otro centro.