

INFORMACIÓN DEL SEGURO

No necesitar tener seguro para participar.

Si su hijo tiene un dentista regular, por favor íselo para que continúe viendo a su dentista y no participe en este programa. Los servicios provistos por el programa dental por tatil afectaran la cobertura del seguro para otras visitas dentales.

Si tiene seguro dental, los servicios dentales se facturarán directamente a la compañía de seguros y los **padres / tutores son responsables de los deducibles y copagos.** Los niños sin seguro dental serán facturados a la tasa de reembolso de Medicaid y vencen al momento del servicio.

NC MEDICAID

Número de NC Medicaid

___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___

SEGURO DENTAL PRIVADO

Nombre de la compañía de seguro Dental

Nombre del suscriptor (*Nombre, iniciales, apellido*)

Dirección del suscriptor (*Ciudad, Estado, Código postal*)

___/___/-___/___/-___/___/___

Fecha de Nacimiento del suscriptor. (*Mes / día / año*)

Número de identificación del seguro dental o Número de seguro social del suscriptor.

Número de póliza

Nombre del empleador del suscriptor

(___ ___)-___-___-___-___
Teléfono de la compañía de seguro #

DETALLES DE TRATAMIENTO

El program dental esta disponible para todos los estudiantes.

Los servicios son brindados por dentistas con licencia, higienistas con licencia y asistentes dentales certificados. En algunos casos, los estudiantes de odontología pueden acompañar a los profesionales de odontología para brindar servicios educativos y preventivos.

Algunos pacientes recibirán televisores para emergencias

Todos los pacientes recibirán un examen de salud bucal, un tratamiento con flúor e instrucciones de higiene bucal por parte del proveedor dental.

La mayoría de los pacientes recibirán un examen, un plan de tratamiento, limpieza de dientes, selladores dentales y radiografías según sea necesario

Es posible que algunos pacientes deban ser programados para recibir tratamiento dental adicional o servicios especializados y o ser referido a una oficina dental en su comunidad.

Referido/a dependen de la extensión de la enfermedad dental y del comportamiento del paciente.

El consentimiento informado indica su conocimiento de información suficiente para permitirle tomar una decisión personal informada sobre el tratamiento dental del paciente. La mayoría de los pacientes no encuentran dificultades con su tratamiento. En casos raros, un paciente puede experimentar algo de molestia o dolor. Si el paciente indica alguna resistencia al procedimiento dental, descontinuaremos el tratamiento.

La técnica Tell-Show-Do se usa a menudo para ganar la cooperación y la confianza del paciente dental. El proveedor dental explica lo que van a hacer y luego muestra lo que van a hacer con los instrumentos de un modelo. El proveedor hace todo lo posible para ser un socio en el cuidado del paciente y la familia, haciendo que la visita al dentista sea agradable e informativa.



Carolina Fellows Family Dentistry
dba Granville Vance Public Health
115 Hilltop Village
Oxford, NC 27565
(919) 693-8797
dental@gvdhd.org

www.gvph.org/services/dental/
BUENAS NOTICIAS!!!

Like us on Facebook



TU HIJO PUEDE RECIBIR LO SIGUIENTE
SERVICIOS DENTALES en la Escuela :

- Evaluacion Dental
- Examen Dental y diagnostico
- Instruccion de higiene oral
- Tratamientos de fluoruro
- Limpiezas dentales
- Selladores dentales
- Radiografias Dentales

HENDERSON
COLLEGIATE
3 Schools, 1 Mission: COLLEGE

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR

Por favor lea, marque una casilla y firme abajo.

- Entiendo que este consentimiento permanecerá vigente durante el año escolar actual. Si se colocan selladores dentales, se pueden volver a verificar y volver a aplicar el año próximo si es necesario.
- **Es responsabilidad del padre/tutor informar al proveedor dental sobre cualquier cambio en la información de salud de su hijo.**
- Entiendo que se entregara una copia de los resultados dentales de mi hijo a la enfermera de la escuela o la persona designada de salud bucal y que toda la información se mantendrá confidencial.
- Si tengo seguro dental, autorizo a mi plan de seguro a pagar los servicios prestados y **entiendo que soy responsable de los deducibles y copagos.**
- Me dieron una copia del Aviso de prácticas de privacidad.
- Entiendo que este programa solo puede usar la información de salud de mi hijo para tratamiento, pago, operaciones de atención médica y evaluación del programa
- He leído y Entiendo el programa dental y doy permiso para que mi hijo participe en este programa dental.

Por favor marque una casilla

SI, doy permiso para mi hijo para participar en el programa dental de la escuela.

NO. no doy permiso para que mi hijo participe.

Nombre del niño/a

X

Firma de los padres o representantes legal

Nombre impreso de los padres o representante legal

Relación con niño/a

Fecha

INFORMACION DEL PACIENTE

Por favor complete todas las secciones.

Program Name Grado Room Number

Primer Nombre Apellido

Dirección Calle Apt.

Ciudad Estado Código postal

Fecha de Nacimiento del niño/a (mes / día / año)

Genero: Femenino Masculino

Nombre del guardián o tutor

Mejor número de teléfono para contactar (casa, celular, trabajo)

Otro número de teléfono para contactar (casa, celular, trabajo)

Correo electrónico de los padres

Ha estado su hijo en el dentista en el transcurso del año? Si No

En caso afirmativo escribe el nombre del dentista y la fecha y motivo de la visita?

Que idioma hablan los padres? _____

Cual es la raza de tu hijo?

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asian | <input type="checkbox"/> Hispanic |
| <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native | <input type="checkbox"/> White |
| <input type="checkbox"/> Black/African American | <input type="checkbox"/> Mixed |
| <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander | <input type="checkbox"/> Otros |

INFORMACION DEL PACIENTE

Por favor complete todas las secciones.

Su hijo/a recibe chequeos de su médico rutinales?
 Si No

Nombre del médico

Dirección del médico

Teléfono del médico

Su hijo/a tiene **alergias**? si ___ no ___

En caso afirmativo marque todo lo que corresponde:

- Antibióticos, Colofonio, Alimentos, Latex,
 Penicilina, Resinas,
 Medicamentos (lista) _____
 Otros: _____

Su hijo/a necesitar **antibióticos** antes del tratamiento dental? si ___ no ___ En caso afirmativo explíquelo por favor:

Su hijo/a toma **medicamentos** de forma rutinaria? Si ___ no ___ En caso afirmativo liste medicamentos:

Tiene su hijo una **discapacidad del desarrollo**? si ___ no ___ En caso afirmativo explíquelo por favor: _____

Alguna vez su hijo/a ha tenido algunas de las siguientes?

Please check YES or NO for each condition:

- | | |
|--|--|
| YES NO | YES NO |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AIDS/ARC/HIV | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Asma* |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastornos de la sangre |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Citomegalovirus | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Epilepsia/convulsiones |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Desmayos | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> valvular protésica del corazón |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Soplo en el corazón |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Herpes | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> alta presión sanguínea |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trastorno renal |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Alfileres/huesos rotos |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otros: | |

el niño/a debe tener su inhalador con ellos en la cita dental