



610-969-4839
484-788-9678

Sin Costo, Cuido Dental De Alta Calidad

El autobús de Unidad dental de Miles of Smiles visitará la escuela de su niño!

Se les proveerá tratamiento y revisión dental a niños desde Kindergarten hasta 12to grado.

Si su niño(a) califica y usted desea que su niño(a) este bajo nuestro cuido dental, por favor complete ambos formularios y firme con tinta.

Aceptamos a:

✓ Asistencia Médica de Pensilvania (Medicaid) y planes CHIP elegibles

- PA Medicaid
- AmeriHealth Caritas
- Highmark Wholecare Medicaid
- UPMC Kids/UPMC for You
- CHIP Plans (Highmark Blue Shield Kids)
- United Healthcare Families Medicaid
- United Healthcare for Kids Community Plan
- Aetna Better Health Kids
- Geisinger and Health Partners
- KidzPartners

✓Estudiantes sin seguro medico

Los niños no deben recibir atención dental en ninguna otra facilidad, con la excepción de la Clínica Dental del Hospital del Valle de Lehigh – 17th Street.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DENTAL DE RUTINA

Entiendo que este formulario de consentimiento y que el *Historial de Salud e Información del Paciente* debe ser completado y entregado a la **enfermera de su escuela** antes de que se programe la cita del cuidado dental (diente) para mi hijo. Se creará un plan de tratamiento dental para mi hijo según el diagnóstico y el examen. El cuidado dental a mi hijo será proporcionado según lo solicite. Un informe escrito del cuidado dental será enviado a mi hogar con mi hijo después de cada visita a la Unidad Móvil Dental de Lehigh Valley.

He recibido una copia del Aviso de Privacidad para la Información de Salud de *Lehigh Valley Health Network*.

Yo solicito y autorizo al personal de cuidado dental de *Lehigh Valley Health Network* a proveer cualquier servicio dental de rutina que mi hijo pueda necesitar después de un examen de rutina dental de la Unidad Móvil Dental de Lehigh Valley. El tratamiento de rutina incluirá una evaluación de parte de un profesional con licencia dental y puede incluir rayos-X, limpieza, selladores, colocar fluoruro en los dientes (fluoruro dental), una inyección de un medicamento para adormecer la boca, la lengua, las encías, y los dientes (anestesia local), y/o relleno dental (dientes). Entiendo que, si mi hijo necesita un servicio adicional, debo estar de acuerdo y proporcionar mi consentimiento a esos servicios antes de proveerlos.

He sido informado y entiendo que los riesgos de un tratamiento dental no son comunes, pero pueden suceder. Estos riesgos incluyen:

- infección
- adormecimiento continuo o irritación del tejido de parte de la anestesia local
- tragar o respirar algo del exterior
- cortadura accidental
- malestar
- dolor
- hinchazón

Entiendo que debo notificarle cualquier cambio de salud en mi hijo, medicamentos, o cobertura de seguro médico al personal dental. También entiendo que, si tengo preguntas o alguna preocupación acerca de los servicios dentales o sobre este consentimiento, debo llamar al coordinador del programa dental al 610-969-4839 antes de firmar este consentimiento.

Yo autorizo a la Unidad Móvil Dental de Lehigh Valley a proveerle una copia del informe del examen dental y los servicios que se realizaron a la escuela de mi hijo. Entiendo que *Lehigh Valley Health Network* le dará una copia del informe a la escuela para permitir que la escuela tenga un archivo de salud completo para mi hijo. Esta autorización acabara cuando mi hijo ya no este matriculado en la escuela.

Este consentimiento permanecerá en vigencia mientras el estudiante/su hijo sea elegible para un tratamiento o cuando se reciba una notificación de que usted desea terminar con el tratamiento.

Lehigh Valley Health Network
Unidad Móvil Dental de Lehigh Valley

Entiendo que tengo el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento, con la excepción en la medida en que ya se hayan llevado a cabo las acciones. Si deseo revocar este consentimiento, debo enviar una carta firmada por mí a la siguiente dirección: Lehigh Valley Health Network, 17th & Chew Streets, PO Box 7017, Allentown, PA 18105 o vía fax al 610-969-3084. Entiendo que si revoco este consentimiento mi hijo no recibirá más tratamiento dental por parte del personal de la Unidad Móvil Dental de Lehigh Valley.

Seguro dental:

_____ No tengo seguro dental para mi hijo.

_____ Tengo un seguro dental para mi hijo con:

Nombre la compañía de su seguro dental _____

Numero de póliza _____

Doy mi permiso para que envíe la factura a mi seguro de todos los cargos que califiquen y entiendo que no se me facturará el balance de los cargos no cubiertos por Medicaid. Designo al distrito escolar de mi hijo o a su designado como mi agente con el único propósito de firmar cualquier formulario del seguro para certificar que la Unidad Móvil Dental de Lehigh Valley le proporcionó un servicio dental a mi hijo y la fecha del servicio. Para los servicios dentales proporcionado a los beneficiarios de Medicaid, el pago y la satisfacción de la reclamación presentada por el proveedor de los servicios será de los fondos federales y estatales, y cualquier reclamación falsa, declaraciones o documentos, o la ocultación de material puede ser procesado bajo las Leyes Federales y Estatales que se apliquen.

He leído este formulario de consentimiento. He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de la información en este formulario, la Unidad Móvil Dental de Lehigh Valley y el tratamiento que se le dará a mi hijo y todas mis preguntas han sido contestadas. Entiendo este consentimiento.

Nombre completo del niño (en letra de molde) _____

Nombre completo del padre/guardián legal (en letra de molde) _____

Relación con el niño: _____

Número de teléfono: Móvil _____ **Casa** _____

Firma del padre/guardián legal: _____ **Fecha:** _____

Nombre del menor: _____ Apodo: _____ ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No binario

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Escuela: _____ Grado: _____ Raza: _____

Tel. de la casa del Menor: _____ Madre/Padre/tutor Número de teléfono móvil _____

Domicilio del menor: _____

Antecedentes dentales:

¿Actualmente su hijo(a) está recibiendo atención médica de un dentista? ☐ Si ☐ No

Fecha aproximada de la última visita al dentista de su hijo(a) _____

¿Su hijo(a) alguna vez tuvo un problema grave o complicado relacionado con un tratamiento dental previo? ☐ Si ☐ No

¿Actualmente su hijo(a) tiene dolor de dientes? ☐ Si ☐ No

¿SU HIJO(A) TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES HÁBITOS?

Chuparse/morderse los labios	☐ Si ☐ No	Respirar por boca	☐ Si ☐ No	Morderse las uñas	☐ Si ☐ No
Hábitos de usar biberón	☐ Si ☐ No	Apretar y rechinar los dientes	☐ Si ☐ No	Chuparse un dedo/pulgar	☐ Si ☐ No

Antecedentes médicos

¿SU HIJO(A) TIENE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS DE SALUD?

Hemorragias anormales	☐ Si ☐ No	Defecto cardíaco congénito	☐ Si ☐ No	Soplo cardíaco	☐ Si ☐ No
Autismo	☐ Si ☐ No	Convulsiones o epilepsia	☐ Si ☐ No	Problemas renales/hepáticos	☐ Si ☐ No
TDAH	☐ Si ☐ No	Diabetes	☐ Si ☐ No	Tratamiento psiquiátrico	☐ Si ☐ No
Asma	☐ Si ☐ No	Discapacidad/impedimento	☐ Si ☐ No	Fiebre reumática/escarlatina	☐ Si ☐ No
Cáncer	☐ Si ☐ No	Problemas de audición	☐ Si ☐ No	Otros problemas de salud	_____

Indique cualquier problema de salud grave que su hijo(a) haya tenido: _____

Indique todos los medicamentos que su hijo(a) toma actualmente: _____

Indique todos los medicamentos o materiales a los que su hijo(a) es alérgico: _____

¿Su hijo(a) necesita alguna premedicación (antibióticos) antes de los tratamientos dentales comunes? ☐ Si ☐ No

¿Actualmente su hijo está recibiendo atención de un médico? ☐ Si ☐ No

Médico de su hijo(a): _____ Teléfono: (____) _____ Última visita: ____/____/____

Entiendo que, a mi leal saber y entender, la información que he proporcionado es correcta, que se mantendrá en la más estricta confidencialidad y que es mi responsabilidad comunicar a esta oficina cualquier cambio del estado de salud de mi hijo(a). Autorizo al personal odontológico/dental a prestarle a mi hijo(a) los servicios dentales que necesite.

Firma del padre, madre o tutor: _____ Fecha: ____/____/____

Firma del proveedor: _____ Fecha: ____/____/____

Patient Name:
Date of Birth:
Medical Record Number:

Lehigh Valley Hospital - Department of Dental Medicine

CONSENTIMIENTO PARA FLUORURO DIAMINO DE PLATA

(FDP) Datos para su consideración:

- FLUORURO DIAMINO DE PLATA (FDP) es un líquido que ayuda a detener la caries dental. Este tratamiento será realizado en varias citas, en intervalos de tres, seis o doce meses.
- Una pequeña cantidad de FDP se aplica a la zona del diente con caries dental.
- No permita que su niño(a) coma o beba durante una hora después del tratamiento con FDP y no debe cepillar los dientes hasta la mañana siguiente.
- **La caries se oscurecerá permanentemente.** La estructura sana del diente no se manchará.
- No se debe usar FDP si: 1) Yo tengo alergia a la Plata.
2) Hay heridas dolorosas o áreas con llagas en las encías o en cualquier otra parte de la boca.



Beneficios de FDP:

- Ayuda a detener la caries dental.
- Rápido.
- No es necesario anestesiarse los dientes.
- No duele.

Posibles riesgos de FDP incluyen:

- **La caries dental se oscurecerá permanentemente.** Esto significa que FDP está trabajando.
- Rellenos blancos y coronas dentales de color blanco se pueden oscurecer si FDP se aplica a ellos.
- Después del tratamiento con FDP, todavía podría ser necesario el poner un relleno o corona.
- Si accidentalmente FDP se aplica sobre la piel o las encías, una mancha café o blanca podría aparecer la cual no causa ningún daño. Esta mancha no puede ser lavada y desaparecerá en una a tres semanas.
- Manchas oscuras permanente si cae FDP en la ropa.
- Reacciones alérgicas.
- Riesgo de que el procedimiento no detenga la caries dental.
- No todas las caries son apropiadas para ser tratadas con FDP.

Tratamientos alternativos a FDP, no limitados a lo siguiente:

- Ningún tratamiento, lo cual puede resultar en que se siga quebrando el diente. Los síntomas podrían empeorar.
- Poner rellenos o coronas, extracciones, o referir a un especialista.

Yo he leído esta forma. Entiendo el tratamiento y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. He visto las fotos de cómo se podrían ver los dientes después de que FDP descolore las caries. Entiendo que yo puedo rehusar a recibir tratamiento con FDP. Entiendo que puedo decidir el no recibir ningún tratamiento, o puedo recibir rellenos, coronas o extracciones en esta u otra clínica dental.

Doy consentimiento y autorizo al Departamento Dental de LVHN a utilizar Fluoruro Diamino de Plata para ayudar detener la caries dental.

Firma paciente/pariente/tutor _____ Fecha _____

Firma testigo _____ Fecha _____