SONRISAS EN LA ESCUELA

Nombre: _____

Formulario de Permiso para Atención Dental

- Union Community Care ofrece atención dental en la escuela de su hijo/a.
- Use este formulario para elegir qué atención puede recibir su hijo/a.
- Un/a higienista dental revisará los dientes de su hijo/a.
- Su hijo/a recibirá únicamente la atención que usted autorice.

UNION™
COMMUNITY CARE

Por favor marque Sí o No para cada servicio.

Limpieza dental

Limpiamos los dientes y las encías de su hijo/a. Esto ayuda a mantener los dientes saludables.

☐ **SÍ - Quiero que mi hijo/a reciba una limpieza dental.**

☐ **NO - No quiero que mi hijo/a reciba una limpieza dental.**

Selladores

Los selladores son cubiertas delgadas que se aplican a los dientes posteriores. Ayudan a mantener fuera los alimentos y los gérmenes. Esto ayuda a prevenir las caries. Los revisaremos el próximo año y aplicaremos nuevos si es necesario.

☐ **SÍ - Quiero que mi hijo/a reciba selladores dentales, si son necesarios.**

☐ **NO - No quiero que mi hijo/a reciba selladores dentales.**

Flúor

Aplicamos flúor en los dientes de su hijo/a. El flúor ayuda a fortalecer los dientes. Su hijo/a puede comer y beber agua después de la aplicación.

☐ **SÍ - Quiero que mi hijo/a reciba flúor.**

☐ **NO - No quiero que mi hijo/a reciba flúor.**

Fluoruro de diamina de plata (SDF)

El SDF es un medicamento líquido que se aplica a una caries. Puede ayudar a evitar que la caries crezca. El SDF puede volver la caries de color marrón oscuro o negro. Lea la información sobre el SDF incluida con este formulario antes de elegir.

☐ **SÍ - Quiero que mi hijo/a reciba fluoruro de diamina de plata si tiene una caries.**

☐ **SÍ - pero llámeme primero. Quiero una llamada antes de que se aplique SDF en los dientes de mi hijo/a.**

Número de teléfono _____

☐ **NO - No quiero que mi hijo/a reciba fluoruro de diamina de plata.**

Evaluación dental (solo K/1.er, 3.er y 7.o grado)

Las escuelas deben asegurar que los niños reciban una evaluación dental al comenzar la escuela, en 3.er grado y en 7.o grado. Una evaluación dental es una revisión rápida de los dientes de su hijo/a. No es un examen dental completo.

☐ **SÍ - Quiero que mi hijo/a reciba una evaluación dental en la escuela.**

☐ **NO - Mi hijo/a recibirá una evaluación dental de otro dentista. Devolveré el formulario dental completo a la escuela.**

Información del niño/a			
Apellido:		Nombre:	
Fecha de nacimiento:	Nombre preferido:	¿Qué sexo aparece en su certificado de nacimiento? ☐ Masculino ☐ Femenino	
Dirección:		¿Cuál es su raza/origen étnico?	
Estado:	Código postal:	Ciudad:	Teléfono:
Escuela:		Maestro/a:	Grado:

¿Ha tenido su hijo/a problemas graves de salud? ☐ No ☐ Sí (Si respondió sí, explique a continuación.)

¿Alergias? ☐ No se conocen alergias ☐ Acrílicos/plásticos ☐ Otra (indique a continuación.)

Información del padre/madre o tutor legal		
Nombre:		Teléfono:
Contacto de emergencia (si no se puede localizar al padre/madre o tutor legal)		
Nombre:	Relación:	Teléfono:

Información del seguro del niño/a	
¿Tiene seguro su hijo/a? ☐ No ☐ Sí (Si respondió sí, complete las casillas a continuación.)	
Nombre de la compañía de seguros:	Nombre del suscriptor:
Número de grupo:	ID del suscriptor:

Pago y seguro

Si su hijo/a tiene seguro, Union Community Care facturará al seguro. Usted puede recibir una factura si el seguro no paga un servicio.

Podemos ayudar con opciones de pago. Atendemos a personas con o sin seguro. Aceptamos Asistencia Médica. Nuestro Programa de Descuento de Tarifa Variable puede reducir el costo de la atención. Se basa en el ingreso de su hogar y el tamaño de su familia. Nunca se negará atención a nadie que no pueda pagar.

Al firmar a continuación:

- He leído este formulario, o alguien me lo leyó.
- Tuve la oportunidad de hacer preguntas.
- Doy permiso para que mi hijo/a reciba los servicios que marqué “Sí”.

Nombre en letra de molde del padre/madre o tutor legal:_____

Firma del padre/madre o tutor legal:_____ Fecha:_____

Relación con el niño/a:_____

Reconocimiento: Recibí una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Union Community Care.

☐ Sí o ☐ No Iniciales:_____

e formulario de consentimiento es válido hasta que el niño/a cumpla 18 años de edad o el padre/madre/tutor puede revocarlo en cualquier mom

¿Qué es el fluoruro de diamina de plata?

El fluoruro de diamina de plata (SDF) es un medicamento líquido que el/la higienista puede aplicar a una caries para EVITAR que crezca. Es seguro, no causa dolor y solo tarda unos minutos.

¿Por qué SDF?

- Tratamiento rápido y sencillo
- No invasivo (sin perforaciones ni instrumentos)
- Sin anestesia (sin inyecciones)
- Hace que el diente sea más fuerte y menos sensible
- Da tiempo hasta que el niño/a pueda ver a un dentista o se caiga el diente de leche
- Retrasa el dolor dental al evitar que la caries crezca

¿Cómo se aplica el SDF?

El/la higienista secará el diente que tiene una caries y aplicará una pequeña cantidad de SDF con un cepillo pequeño. El líquido permanece en el diente durante 1 minuto para secarse. A menudo se aplica barniz de flúor en los dientes después. Se puede aplicar SDF en las caries de su hijo/a cada 6 meses.

¿Hay riesgos?

1. La caries se teñirá de color marrón oscuro/negro después de aplicar SDF. Las superficies saludables del diente no se verán afectadas. (Vea la foto a continuación)
2. No se debe tratar a su hijo/a con SDF si es alérgico/a a la plata.