

Formulario de consentimiento dental DEL PROGRAMA DENTAL ESCOLAR ALL KIDS

Rev. 25/06

POR FAVOR IMPRIMA CON TINTA

Complete y devuelva a la escuela (solo si DESEA estos servicios)

Servicios prestados por:

Miles of Smiles, Ltd.
2424 N 8th St
Pekin, IL 61554-1547
309-382-6404



NOMBRE DE LA ESCUELA (o Feria de Salud): _____

PROFESOR: _____

GRADO: _____

CONDADO: _____

¿TIENES UN DENTISTA? SI / NO

NOMBRE DEL DENTISTA: _____

FECHA DEL EXAMEN: _____

PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SÓLO SI DESEA ESTOS SERVICIOS DENTALES

que serán proporcionados por Miles of Smiles, Ltd en la escuela.

Estimado padre o tutor:

Miles of Smiles, Ltd. y el Departamento de Salud y Servicios Familiares de Illinois han organizado servicios dentales para niños elegibles. Estos servicios pueden incluir un examen/evaluación, limpieza, tratamiento con flúor y selladores (una capa protectora en las superficies de masticado de los dientes posteriores). Dentistas con licencia o higienistas dentales de salud pública con licencia y certificación, higienistas dentales con licencia (registrados) y asistentes dentales acudirán a la escuela de su hijo con equipo portátil. Para que su hijo **reciba estos servicios** usted debe **PROPORCIONAR TODA LA INFORMACIÓN SOLICITADA A CONTINUACIÓN Y FIRMAR EN EL ÁREA INDICADA.**

NOMBRE LEGAL DE SU HIJO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: MM /DD /AAAA

DIRECCIÓN: _____

GÉNERO: M F

CIUDAD / CÓDIGO POSTAL: _____

#TELÉFONO: _____

¿SU HIJO ESTÁ INSCRITO EN EL PROGRAMA 'Medicaid/All Kids'? SÍ o NO

SI ES ASÍ, INCLUYA EL # DE BENEFICIARIO DE SU HIJO: _____

Se facturará Medicaid/All Kids

(# ID EN EL REVERSO DE LA TARJETA MEDI-PLAN)

¿SU HIJO ESTÁ CUBIERTO POR UN SEGURO DENTAL PRIVADO? SÍ o NO (si está incompleto, solo los grados K, 2.º y 6.º pueden ser elegibles para un examen)

Si es SÍ, complete **TODA** la información del seguro a continuación: (**SE FACTURARÁ A LA COMPAÑÍA DE SEGURO DENTAL**)

Nombre de la Compañía de Seguro Dental: _____

Dirección de la compañía de seguro Dental (Estado): _____

ID o número de seguro social del **miembro/empleado**: _____

Plan de Seguro **Dental** o # de grupo: _____

Nombre del **Miembro/empleado**: _____

Fecha de Nacimiento del **miembro/empleado**: _____

Dirección del miembro/empleado (si es diferente a la del niño): _____

INFORMACIÓN MÉDICA ¿Su hijo tiene alguna de las siguientes condiciones? <input type="checkbox"/> SÍ o <input type="checkbox"/> NO	
En caso afirmativo, marque todas las condiciones que correspondan a continuación: <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Sopleo cardíaco actual <input type="checkbox"/> Trastorno o enfermedad de la sangre <input type="checkbox"/> Fiebre reumática o Cardiopatía reumática	¿Su hijo está tomando algún medicamento? <input type="checkbox"/> SÍ o <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, enumere todos los medicamentos: ¿Su hijo tiene alergia a la plata? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Su hijo tiene alguna alergia? <input type="checkbox"/> SÍ o <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, enumere todas las alergias: ¿Su hijo tiene alguna otra condición médica relacionada y/o necesidades especiales? <input type="checkbox"/> SÍ o <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo enumérelas:
¿Es necesaria una premedicación antibiótica? <input type="checkbox"/> SÍ o <input type="checkbox"/> NO	

NUEVO: Autorización de fluoruro de diamina de plata (SDF). ¡Un nuevo tratamiento dental para combatir las caries!
 Beneficios del SDF: Las caries dentales son comunes en niños, pero ahora existe una alternativa segura e indolora a los procedimientos tradicionales de fresado de cavidades llamada fluoruro de diamina de plata (SDF). El SDF es un antibiótico líquido aprobado por la FDA que ayuda a prevenir la formación, el crecimiento y la propagación de caries a otros dientes. El SDF se aplica con un cepillo.

Alternativas: *sin tratamiento, el diente puede continuar descomponiéndose y causar dolor; *Otras opciones son: relleno, corona, extracción.	Riesgos: *El tratamiento con SDF puede no eliminar la necesidad de un empaste tradicional; *Es normal que el SDF tiña la cavidad de un color oscuro, esto demuestra que está funcionando; *Las partes sanas del diente no se mancharán; *Puede causar un sabor metálico temporal; *El contacto con la piel puede provocar manchas temporales que son inofensivas y deberían desaparecer en una semana.	Antes de SDF  Después de SDF 
---	--	--

****Certifico que he leído y comprendido completamente la información de la(s) solicitud(es) propuesta(s) para el SDF. Entiendo los posibles riesgos asociados con el tratamiento con SDF y verificar que no existan contraindicaciones para su uso. Doy mi consentimiento para la aplicación de SDF si está indicado.**

****FIRMA de Consentimiento para el tratamiento de SDF:** _____ **FECHA:** _____

****IMPORTANTE: SE REQUIEREN LA FIRMA DEL PADRE/TUTOR (SOLO SI DESEA ESTOS SERVICIOS)**
 Soy el padre o tutor legal del menor mencionado anteriormente. Autorizo y doy mi consentimiento para que este menor reciba el **tratamiento** dental descrito y permito que la enfermera escolar, el representante escolar y el proveedor dental tengan acceso al registro dental del niño. Esto también autorizará al Departamento de Salud Pública de Illinois a realizar auditorías de control de calidad mediante la evaluación de los selladores que se le colocaron a su hijo en la escuela. Una vez definido, este permiso también permitirá que el proveedor reemplace los selladores en caso necesario.
 En la medida en que lo permita la ley, consiento el uso y la divulgación de la información médica protegida del menor para realizar pagos relacionados con esta reclamación. Por medio de la presente, autorizo y ordeno el pago de los beneficios dentales directamente a Miles of Smiles, Ltd.

****FIRMA** _____ **IMPRIMA SU NOMBRE:** _____ **FECHA:** _____