

# CELEBRATE SMILES

Una colaboración de la comunidad para asegurar que todos los niños tengan una dentadura saludable



El programa Celebrate Smiles dirigido por Access Community Health Centers, pronto estará en la escuela de su hijo. La revisión y el tratamiento dental se llevarán a cabo en un período de una a dos semanas, y puede incluir una visita de seguimiento más tarde en el año escolar para revisar el trabajo previo, o para una segunda aplicación de flúor, o tratamiento adicional si es necesario. **Por favor llene el anverso y reverso de este formulario**, colocando sí y firmando a continuación, para que su hijo pueda participar de este programa y recibir los servicios odontológicos en la escuela. Luego de que nuestro equipo dental atienda a su hijo enviaremos a su casa un resumen escrito de los servicios brindados.

## Favor de completar toda la información para participar en el programa preventivo Celebrate Smiles

- SÍ** me gustaría que mi hijo reciba servicios odontológicos del programa Celebrate Smiles.  
 **NO** me gustaría que mi hijo reciba servicios odontológicos del programa Celebrate Smiles.  
(Si marcó no arriba solo necesita escribir el nombre y grado de su hijo.)

Escuela: \_\_\_\_\_ Maestra: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**Etnicidad (marque uno):**  Hispano  No hispano  No sabe

**Raza (marque uno):**  Blanco  Negro/Afroamericano  Asiático  Indio Americano/Nativo de Alaska  Nativo de Hawái/Islands del Pacífico  No sabe/No disponible

**Colocando sí arriba, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba una revisión dental y los procedimientos que se enumeran a continuación (de ser necesario) en la escuela.** La revisión y los procedimientos serán provistos por personal de Celebrate Smiles de Access Community Health Centers. **Los procedimientos podrían incluir:**

- **Limpieza dental:** Remover los depósitos pegados en los dientes que causan caries
- **Selladores dentales:** Recubrimientos plásticos delgados en los dientes para protegerlos de las caries.
- **Aplicación de flúor:** Recubrimiento cepillado en los dientes para ayudar a protegerlos de las caries.

**El consentimiento debe ser firmado por padre o tutor legal.**

Nombre del padre o tutor (en letra de imprenta clara): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Este consentimiento será válido por un año a partir de la fecha en que se firmó.*

Por favor complete el otro lado. 

# CELEBRATE SMILES

Una colaboración de la comunidad para asegurar que todos los niños tengan una dentadura saludable



## Antecedentes de salud

Alergias que tiene su hijo \_\_\_\_\_  Ninguno

Medicamentos que su hijo está tomando \_\_\_\_\_  Ninguno

¿Tiene asma su hijo? \_\_\_\_\_  SÍ  NO

¿Su hijo tiene algún defecto congénito del corazón, que no haya sido corregido o superado?  SÍ  NO

¿Su hijo tiene otros problemas de salud?  SÍ  NO

(En caso afirmativo, escríbalos aquí): \_\_\_\_\_

¿Su hijo necesita o usa más atención médica que cualquier otro niño de su misma edad?  SÍ  NO

¿Su hijo tiene dificultad haciendo cosas que la mayoría de los otros niños de su misma edad pueden hacer?  SÍ  NO

¿Su hijo necesita o recibe terapia especial, como terapia física, terapia ocupacional o terapia del habla?  SÍ  NO

¿Su hijo necesita asistencia o tratamiento por problemas de conducta, problemas emocionales o retraso para caminar, hablar u otras actividades?  SÍ  NO

¿ Si usted marcó sí a cualquiera de las preguntas anteriores, ¿dicho problema ha durado, o se espera que dure, por lo menos 12 meses?  SÍ  NO

¿Tiene su hijo un dentista de cabecera?  SÍ  NO

(En caso afirmativo, escriba el nombre aquí): \_\_\_\_\_

## Asistencia Médica/BadgerCare o Seguro Odontológico

¿Tiene su hijo Asistencia Médica/BadgerCare?

NO  SÍ En caso afirmativo, Número de Medicaid (ID del niño)

¿Tiene su hijo algún seguro dental adicional?

NO  SÍ En caso afirmativo, indique la información del seguro dental de su hijo/a:

Compañía de seguro dental \_\_\_\_\_ Nombre del Socio: \_\_\_\_\_

Fecha de Vigencia del Seguro: \_\_\_\_\_

Dirección Compañía de Seguro: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del Socio: \_\_\_\_\_ Seguro Social del Socio: \_\_\_\_\_

ID Socio o Miembro N° \_\_\_\_\_ Grupo N° \_\_\_\_\_

Los servicios brindados a los niños que tienen cobertura serán facturados a través del seguro privado y Medicaid/BadgerCare de Wisconsin. Autorizo a Access Community Health Centers y a cualquier dentista que participe en la atención de mi hijo, a dar a conocer la información médica necesaria al Programa Medicaid de Wisconsin y sus agentes u otra compañía de seguro dental, a fin de obtener la aprobación para el pago de la atención o para procesar los reclamos. Asimismo, autorizo el pago de cualquier beneficio de Medicaid o de otro seguro dental directamente al dentista de Access involucrado en la atención de mi hijo.

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** El Aviso de Prácticas de Privacidad de Access Community Health Centers está disponible en línea en [accesscommunityhealthcenters.org](http://accesscommunityhealthcenters.org), y con el Programa de Celebrate Smiles para consulta a su requerimiento.

**¿Preguntas? Llame al Equipo de Celebrate Smiles de Access Community Health Centers al (608)852-2781.**