

CELEBRATE SMILES



Access Community Health Centers

El programa de Celebrate Smiles, operado por la clínica de Access Community Health Centers, pronto estará en la escuela de su hijo/a. Los exámenes dentales y tratamientos se llevarán a cabo en un periodo de una a cuatro semanas. Los tratamientos pueden incluir visitas de seguimiento durante los próximos 18 meses para revisar el trabajo dental que ya se ha hecho, proveer un segundo tratamiento de barniz de Flúor o para proveer tratamiento dental adicional. **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.

Por favor complete toda la información para participar del programa 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: _____ Correo electrónico: _____

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 que liberan flúor y que se ponen en los dientes para protegerlos de las caries.
- Extracción: Extraer un diente que tiene.
- Aplicación de flúor: Recubrimiento cepillado en los dientes para ayudar a protegerlos de las caries.
- Obturaciones: Extracción de la porción de un diente con caries y relleno en esa área.
- Anestesia local: Medicina que hace que la boca esté entumecida y se utiliza durante algunos tratamientos odontológicos para evitar molestias o dolor.
- SDF (Fluoruro Diamino de Plata): Un medicamento tópico usado para tratar y prevenir las caries.
- Mantenedor de espacio: Un sostenedor de espacio usado entre los dientes después de que los dientes de leche se pierden temprano para hacer espacio para los dientes permanentes.

Contácteme sobre el tratamiento de mi hijo.

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 18 meses desde la fecha de la firma, o hasta que otro formulario sea firmado.

Por favor complete el otro lado.



CELEBRATE SMILES



Access Community Health Centers

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? 9La cuenta del tratamiento será enviada al seguro.

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, 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.