

Si el estudiante en la guardería, jardín de niños y/o escuela primaria recibe almuerzo gratuito o a precio reducido, o tiene una tarjeta “Forward” de Medicaid (BadgerCare) y **NO TIENE seguro dental**, califica para cuidados dentales gratuitos.

**El muestreo lo efectúa un Higienista Dental Registrado en la escuela de su niño.  
El Barniz de fluoruro es una sustancia similar a la pasta de dientes, aplicada por un Higienista en todos los dientes y está comprobado que reduce las caries substancialmente**

Si su niño califica y a ustedes les gustaría participar , favor de llenar la Forma de Aprobación/ Historia Médica y de regresarla a oficina de la escuela de su niño.

### **Fase I Tiene lugar en la escuela de su niño**

- ✓ El Higienista Dental :
  - Revisará y anotará la salud oral general del estudiante
  - Aplicará el barniz de fluoruro



### **Fase II Tiene lugar en la Clínica Dental Tri-County**

(Un autobús escolar supervisado transportará a los niños de la escuela hacia y desde la clínica.)

- ✓ El Higienista Dental:
  - Limpiará los dientes del niño
  - Tomará Rayos X
  - Aplicará selladores si es adecuado
  - Aplicará barniz de fluoruro
- ✓ Los niños participarán en un programa educacional de salud oral de 30 minutos.
- ✓ Un dentista efectuará un examen completo de la dentadura del niño y preparará un plan de tratamiento si el niño requiere obturaciones y/o otros trabajos dentales.
  - *Los niños que requieran tratamiento adicional serán programados para la Fase III.*

### **Fase III Tiene lugar en la Clínica Dental Móvil en la escuela de su niño o en la Clínica dental Tri-County en Appleton**

Un dentista voluntario proporcionará el tratamiento dental necesario que el niño requiera.

*Patrocinado por*





# Formulario de Consentimiento

¿Tiene su niño visitado el dentista regularmente (cada 6 meses)? **SI / NO**

¿Tiene su niño alergia a la resina Colophony? **SI / NO / NO SE**

¿Recibe su niño Medicaid (Asistencia Médica, BadgerCare, Título 19)? **SI / NO**

Nombre Medicaid \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño seguro dental privado? **SI / NO- Si, su respuesta el sí, tu hijo(a) será visto solo para un examen dental**

Nombre de la Compañía de Seguro dental \_\_\_\_\_

Estimados padres:

La Clínica Dental Comunitaria de Tres Condados (Tri-County Community Dental Clinic) ofrece un programa de salud oral para los niños de su escuela. Dicho programa incluye: examen dental, tratamiento con fluoruro y educación de salud oral con cepillo de dientes nuevo.

Si desea que su niño participe en el programa, favor de contestar este cuestionario:

Apellido del niño: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del niño: \_\_-\_\_-\_\_ Niña / Niño Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Dirección del niño: \_\_\_\_\_ código postal: \_\_\_\_\_

Grado en 2023/24: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_ Maestra Principal: \_\_\_\_\_

Raza y etnia del niño (Marque todas las aplicables): \_\_\_\_\_ Blanco \_\_\_\_\_ Afroamericano/Negro \_\_\_\_\_ asiático \_\_\_\_\_ Latino \_\_\_\_\_ Indoamericano / Nativo de Alaska \_\_\_\_\_ Hawaiano / Insular del Pacífico \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

- Entiendo la naturaleza del tratamiento ofrecido y autorizo al personal de la Clínica Dental Comunitaria de Tres Condados (Tri-County Community Dental Clinic) el proporcionar dicho tratamiento oral.
- Acepto que la Clínica Dental Comunitaria de tres Condados (Tri-County Community Dental Clinic) use la información de mi niño para el tratamiento y la comunique a mi compañía de seguros y/o otros proveedores de cuidados de salud.
- Entiendo que este permiso es efectivo por un período de doce meses para proporcionar servicios continuados, incluyendo restauración, limpieza dental, aplicación de selladores, y aplicaciones múltiples de fluoruro que puede incluir fluoruro de diamina de plata.
- Entiendo que el plan de tratamiento de restauración de mi niño, de ser necesario, me será proporcionado antes de comenzar el tratamiento.
- Autorizo a TCCDC el usar acido nitroso si es necesario para llevar a cabo el tratamiento dental.
- Estoy de acuerdo en divulgar los archivos del plan de tratamiento de mi niño para que la escuela los pueda recibir.
- Específicamente autorizo a la clínica el tratar a mi niño estando o no yo presente en la clínica durante el tratamiento programado.
- Mi firma confirma mi consentimiento informado, mi situación como el custodio legal del paciente menor identificado y mi autoridad para otorgar este consentimiento. Entiendo que puedo llamar a la Clínica Dental Comunitaria de Tres Condados (Tri-County Community Dental Clinic) al teléfono 920-882-5500 si tengo dudas.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Letra de molde) padre o tutor (Firma) padre o tutor

En las siguientes preguntas de historia médica, favor de marcar (x) lo aplicable. Sus respuestas son para nuestro archivo y serán confidenciales de acuerdo con la ley. Tenga en cuenta que se preguntarán datos sobre sus respuestas a este cuestionario y puede haber preguntas adicionales referentes a la salud de su niño. Esta es información vital que nos permitirá proporcionar la atención adecuada a su niño. Nuestra clínica no usa esta información para discriminar.

## Historia Médica

Tiene su niño o alguna vez ha tenido alguna de las siguientes dolencias:

Sí	No	No sé		Sí	No	No sé		Sí	No	No sé	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tratamiento de radiación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta presión arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Infección crónica de oídos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	HIV/AIDS (IDH/SIDA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Embarazo (actualmente)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADHD/ADD (DFA/DIFA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hiperactividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades sexuales transmitidas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	enfermedades renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perdida o deficiencia auditiva
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de sangrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Minusvalías de aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Condiciones de corazón/Murmullos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desordenes sanguíneos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades del hígado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	En caso afirmativo, ¿es necesario un antibiótico antes de las visitas al dentista?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Minusvalía mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ictericia (no de nacimiento)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Distrofia muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desarrollo del habla retrasado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desarrollo retrasado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas psiquiátricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias: _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Síndrome de Downs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ataques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas emocionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Anemia de células falciformes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desordenes de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desmayos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tumores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Favor de explicar todas las respuestas "Sí" o "No sé":

Favor de anotar otros problemas o condiciones que pudiera tener su niño

### Lista actual de medicamentos

¿Toma su niño medicamentos prescritos, o sin receta, vitaminas, o suplementos herbales o naturales?

Sí  No Si es así, Favor de anotar las medicinas.

Medicamento	Motivo del Uso	Dosis	Frecuencia

Hasta donde yo sé, la historia médica anterior está actualizada.

Entiendo que cualquier cambio en la salud o medicamento requiere una forma actualizada nueva.

Certifico que he leído y comprendido todo lo anterior.

Estoy de acuerdo que mis preguntas, si las hubo, sobre lo anterior ha sido respondido a mi satisfacción.

No consideraré a mi dentista, o cualquier otro miembro de su personal, responsables por las acciones que tomen o dejen de tomar debido a errores u omisiones que yo haya cometido al llenar este cuestionario.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

(Molde) padre o tutor

(Firma) padre o tutor

### Información sobre contactos de emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número de emergencia: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Número de emergencia: \_\_\_\_\_



## Autorización de foto y entrevista

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

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente doy a Tri-County Community Dental Clinic, su personal, representantes, socios comunitarios, y representantes legales (relacionados con los servicios dentales que recibo) permiso y estoy de acuerdo y acepto irrevocablemente permitir que fotografías y otra información de entrevistas pueda ser usada como parte de registros dentales, investigación, educación, relaciones públicas, consejos a pacientes u otros propósitos.

Doy mi consentimiento: \_\_\_\_\_

Firma