



Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery
Programa Dental de Servicios Preventivos en la Escuela
Autorización con conocimiento de causa y antecedentes médicos



Padres o tutores:

El Programa Dental del Departamento de Salud del Condado ofrece, limpiezas, aplicaciones o baños de flúor y sellantes dentales, de manera gratuita, en la escuela de su hijo. Las revisiones dentales son una manera rápida y fácil de ver si su hijo tiene algún problema dental visible que requiera de la intervención de un profesional de la salud dental. Tenga en cuenta que una revisión dental no sustituye a una exploración dental completa llevada a cabo por un odontólogo, la cual debe hacerse cada seis meses. Llene este formulario y devuélvaselo al personal de la escuela de su hijo para que pueda participar en el programa.

¿Qué son los sellantes dentales? Los sellantes dentales son recubrimientos delgados, hechos de un componente polimérico que se aplican sobre la superficie de los dientes posteriores permanentes (molares) para prevenir las caries.

¿Qué es el baño de flúor? El flúor ayuda a fortalecer los dientes y prevenir las caries; el baño de flúor se puede aplicar de 2 a 4 veces al año.

El Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento (MM/DD/YY) _____ Edad del niño _____

Domicilio postal _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Masculino _____ Femenino _____ Número de teléfono del padre, de la madre o tutor(a) _____

Escuela _____ Grado _____ Maestro(a) _____

Raza | Etnia:

_____ Blanco _____ Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico
_____ Negro o afroamericano _____ Indígena de Norteamérica o nativo de Alaska
_____ Asiático _____ Orto

Su hijo es hispano o latino?

Si _____ No _____

Antecedentes médicos - verifique si su hijo padece o padeció alguna de las siguientes condiciones médicas:

_____ Asma
_____ Diabetes
_____ Trastorno por déficit de atención e hiperactividad
_____ Epilepsia SIDA/VIH
_____ /Convulsiones
_____ trastornos hemorrágicos
_____ Hepatitis
_____ Trastorno anímico o afectivo
_____ Alergia a los guantes de látex

Su hijo tiene alguna alergia? En caso afirmativo, indique a qué es alérgico:

Mencione los medicamentos que su hijo está tomando actualmente.: _____

¿Su hijo ha ido al dentista en los últimos 12 meses? Si _____ No _____

No es necesario realizar ningún pago para poder acceder a este programa. Sin embargo, Medicaid puede ayudar a cubrir los costos asociados a los servicios prestados a través de este programa. Estoy consciente de que el Departamento de Salud intentará conseguir el reembolso por los servicios que se le presten a mi hijo, en caso de que este tenga un seguro de salud dental a través de Medicaid. Sírvase colocar los datos del seguro que aparecen a continuación:

Estado del seguro dental: _____ Medicaid _____ Seguro Dental Privado _____ Sin seguro / Otro / Desconocido

Soy el padre o tutor legal del menor de edad mencionado anteriormente. Acuso recibo del Aviso de prácticas de privacidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery y por lo presente doy mi consentimiento libre e informado para que el niño nombrado reciba (marque a continuación):

Detección dental y limpieza dental ☐

Barniz de fluoruro ☐

Sellantes dentales ☐

X _____
Firma del padre / tutor

_____ Deletre el nombre del padre/tutor

_____ Fecha



Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery
Programa Dental de Servicios Preventivos en la Escuela
Consentimiento Para Fluoruro Diamino De Plata (FDP)



Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Datos para su consideración:

- FLUORURO DIAMINO DE PLATA (FDP) es un líquido que ayuda a detener la caries dental. Este tratamiento será realizado en varias citas, en intervalos de tres, seis o doce meses.
- Una pequeña cantidad de FDP se aplica a la zona del diente con caries dental.
- No permita que su niño(a) coma o beba durante treinta minutos después del tratamiento con FDP.



Beneficios de FDP:

- Ayuda a detener la caries dental.
- Rápido.
- No es necesario anestesiarse los dientes.
- No duele.

Imágenes de tinte de SDF



Riesgos de Recibir FDP:

- **La caries dental se oscurecerá permanentemente.** Esto significa que FDP está trabajando.
- Rellenos blancos y coronas dentales de color blanco se pueden oscurecer si FDP se le aplica. Las estructuras dentales sanas no se mancharán.
- Si accidentalmente FDP se aplica sobre la piel o las encías, una mancha café o blanca podría aparecer la cual no causa ningún daño. Esta mancha no puede ser lavada y desaparecerá en una a tres semanas.
- Podría manchar permanentemente la ropa de oscuro.
- Quizás no detenga la decadencia. Es posible que sea necesario aplicar SDF adicional en un día diferente.
- Después del tratamiento con FDP, todavía podría ser necesario ponerle un relleno o corona.
- No todas las caries son apropiadas para ser tratadas con FDP.

Riesgo si no se trata:

- Si las caries NO se tratan, pueden empeorar y usted puede perder el diente o puede necesitar más trabajo dental para salvarlo. Si no se trata, puede experimentar dolor de muelas o una afección potencialmente mortal.

No debe recibir tratamiento con SDF si 1) es alérgico a la plata 2) tiene llagas dolorosas o áreas en carne viva en sus encías o en cualquier otra parte de su boca.

HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO. TODAS MIS PREGUNTAS SOBRE EL TRATAMIENTO, INCLUYENDO LOS BENEFICIOS, EFECTOS SECUNDARIOS Y RIESGOS, FUERON RESPONDIDAS.

Doy mi consentimiento y autorizo al dentista o higienista dental del Programa Dental del Departamento de Salud y Servicios Humanos del Condado de Montgomery a utilizar fluoruro de diamina de plata para ayudar a detener las caries.

Nombre del paciente: _____

Nombre del padre o del tutor: _____

Firma: _____ Fecha : _____



ACUSE DE RECIBO DE HIPAA Y FORMA DE DESIGNACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE

I. Acuse de recibo del *Aviso de Prácticas de Privacidad* del Departamento:

Al firmar con mi nombre abajo, reconozco que me han proporcionado una copia del Aviso de las Prácticas de Privacidad (NOPP, por sus siglas en inglés) y que leí (o tuve la oportunidad de leer) y entendí el Aviso de las Prácticas de Privacidad (NOPP) y estoy de acuerdo con sus términos.

Nombre del cliente

Fecha de nacimiento

Firma del cliente, padre o guardián

Fecha

II. Denominación de ciertos familiares, amigos cercanos y otros cuidadores como mi representante personal:

Estoy de acuerdo con que el departamento divulgue cierta información de mi salud al Representante Personal de mi elección, ya que esa persona está involucrada con mi cuidado médico o pagos relacionados al mismo. En ese caso, DHHS divulgará sólo la información que es directamente relevante para la persona que se involucra con mi cuidado médico o con el pago relacionado con el mismo.

Escriba nombre: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

Últimos cuatro dígitos del NSS u otra identificación: _____ Escriba

Últimos cuatro dígitos del NSS u otra identificación: _____ Escriba

Últimos cuatro dígitos del NSS u otra identificación: _____ Escriba

III. Solicitud para recibir comunicación confidencial por medios alternativos:

Tal como lo establece la Norma de Privacidad Sección 164.522(b), solicito que DHHS haga todas las comunicaciones conmigo por medios alternativos o en las ubicaciones que enlisto abajo.

Número de teléfono de casa:

_____ Está bien que deje mensaje con información detallada
 _____ Sólo deje mensaje con número al cual llamar

Dirección para comunicación escrita:

_____ Está bien que envíe correo a la dirección de arriba
 _____ Envíe correo electrónico a: _____

Número de teléfono celular o móvil:

_____ Está bien enviar mensaje de texto con información
 _____ Sólo deje mensaje con número al cual llamar

Comunicación por fax:

_____ Está bien enviar fax al número de arriba
 _____ Envíe correo electrónico a: _____

Número de teléfono del trabajo:

_____ Está bien enviar mensaje de texto con información
 _____ Sólo deje mensaje con número al cual llamar

Otro: _____

1. Las autorizaciones previas fueron hechas de forma voluntaria y puedo negarme a estar de acuerdo con sus términos sin que se afecte ninguno de mis derechos de recibir cuidado de salud en el Departamento.
2. Estas autorizaciones se pueden revocar en cualquier momento al notificar al Departamento por escrito, a su dirección de correo, con atención a "HIPAA Privacy Officer."
3. La revocación de esta autorización no tendrá ningún efecto en divulgaciones que se llevaron a cabo previo a la ejecución de cualquier revocación.
4. Puedo ver y copiar la información descrita en esta forma, si la pido, y puede obtener una copia de esta forma después de que la firme.
5. Llené esta forma completamente antes de que la firmara y que reconociera que se contestaron todas mis preguntas a mi satisfacción, que entendí completamente esta forma de autorización y que recibí una copia firmada.
6. Esta autorización es válida a partir de la fecha en la que firmé abajo y debe mantenerse válida hasta que se cambie o sea revocada.

Nombre del cliente (Letra de molde)

Firma del Cliente

Fecha