



**Choptank Community Health System**  
**Programa Dental Basado en las Escuelas**  
*Los Niños Saludables Son Mejores Estudiantes*



**DENTAL**

Estimados padres/guardianes:

Como estudiante en el sistema de **Caroline, Dorchester** y escuelas públicas del Condado de **Talbot**, su hijo tiene acceso a la **Programa Dental Basado en la Escuela**. El programa es una alianza entre las escuelas públicas, departamentos de salud del Condado y sistema de salud comunidad de Choptank (CCHS).

**Servicios:** Puede incluir: un examen dental, limpieza, tratamiento con flúor (que posiblemente puede ser aplicada dos veces durante el año escolar), selladores y si es necesario, las referencias para las prescripciones y urgencias dentales.

El personal dental basado en la escuela de CCHS utiliza equipo dental móvil progresivo y sigue todas las regulaciones con respecto a procedimientos adecuados de esterilización, seguridad y salud. Cuando el niño es visto por el personal dental basado en la escuela, una nota se envía a casa que detalla la visita, junto con una bolsita con suministros de la salud dental. Usted recibirá información sobre el estado de salud bucal de su hijo, así como una lista de los servicios prestados durante la visita. Además, un informe sobre la visita de su hijo es compartido con el dentista de su hijo, si escribe uno en el formulario.

**El programa Dental Basado en la Escuela no toma el lugar de su Dentista primario.** Un higienista dental proyectará su hijo para determinar qué servicios serán proporcionados o si una referencia es necesaria. El higienista dental brinda atención en el ambiente escolar que promueve las encías y los dientes sanos. Su hijo debe ir a su consultorio para un examen con rayos x tan a menudo como recomienda su dentista.

**Costo:** Servicios dentales preventivos están cubiertos en el entorno escolar para los estudiantes con el Medicaid el programa dental Sonrisa Saludable y muchas compañías de seguros dentales. Si su hijo tiene dental seguro, nos cuenta de la compañía de seguros para servicios dentales y cumplir con los requisitos de facturación asociados con su plan. Dependiendo de su plan de seguro, puede recibir un proyecto de ley de CCHS por copagos, deducibles no satisfechas y los servicios no cubiertos. Si CCHS no es un proveedor participante con su plan de seguro dental, se le facturará directamente por servicios. Si no tienes seguro, le ofrecemos una escala de tarifa. Pacientes en la escala de honorarios se facturarán según sus ingresos. Todos los pacientes son elegibles para solicitar el programa de pago desplazamiento incluso si tienen seguro. Por favor, complete la parte de seguros del formulario de inscripción completo.

**Inscripción :** Todos los estudiantes de la escuela publica de los condados de Caroline, Dorchester y Talbot pueden inscribirse en el programa. Por favor complete el formulario de inscripción adjunto y devuélvalo a la enfermera escolar. Le pedimos que complete un formulario de inscripción cada año escolar para asegurar que obtenemos la información más precisa y al día.

Si usted tiene preguntas acerca del programa, póngase en contacto con el sistema de salud comunitario de Choptank al  
(410) 479-4306, ext. 5012.

# Información adicional

Visite nuestro sitio Web @ [www.choptankhealth.org](http://www.choptankhealth.org)

## ¿Qué son los sellantes?

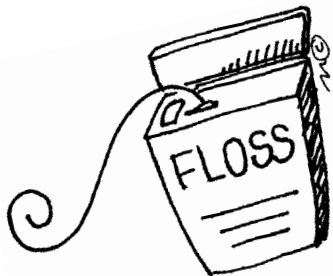
- Los sellantes son una capa delgada, plástico aplicada a las superficies de masticación de los dientes permanentes. Proporcionan protección para los dientes de su hijo, actuando como una barrera para prevenir las caries de dañar los dientes. Los sellantes son aplicados por los dentistas o higienistas dentales y es un procedimiento simple y sin dolor.

## ¿Qué es el flúor?

- El fluoruro es un mineral que ocurre naturalmente. Está presente en el agua del grifo en diferentes niveles.
- Se aplica el barniz de fluoruro a los dientes con un cepillo pequeño. Es rápido y fácil de aplicar y **no** tiene mal gusto.
- Barniz de fluoruro es diferente ya que trabaja para ayudar a hacer los dientes fuertes en el exterior.

## Consejos de cepillado

- Cepillo de 2 a 3 veces al día.
- Utilice siempre un cepillo de dientes de cerdas suaves.
- Reemplace su cepillo de dientes cada **tres** meses.
- **Nunca** comparta un cepillo de dientes, transmite microbios.



## Consejos de uso de hilo dental

- Debe utilizar el hilo dental al menos una vez al día.
- El hilo es esencial para la goma correcta y cuidado dental.
- Puede comenzar a usar el hilo dental una vez que los dientes toquen.

Mi niño/a es un/una estudiante en: \_\_\_\_\_

Condado Caroline

Condado Dorchester

Condado Talbot

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Dirección \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado/Zona postal

Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ ¿Hispano/Latino?  Si  No

Grado \_\_\_\_\_ Maestra/Aula Principal \_\_\_\_\_

Lenguaje Preferido: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Madre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_

Relación con el/la estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección (si es diferente a la del estudiante) \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, llamar:

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño/a Seguro Dental?

NO, por favor envíe una aplicación para la tarifa escalonada.

Si, por favor complete lo siguiente:

Nombre de la Compañía de Seguros \_\_\_\_\_

Número de la Póliza/Asistencia Médica \_\_\_\_\_ Número de Grupo \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía de seguros para facturación: \_\_\_\_\_

Nombre del subscriptor \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Dentista \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita dental \_\_\_\_\_

Fecha de la próxima limpieza \_\_\_\_\_

*Yo entiendo que mi firma da permiso a los Proveedores de CCHS en el Programa Dental Basado en la Escuela a proveer servicios dentales a mi niño/niña y a comunicarse con su proveedor dental primario de servicios dentales. Yo entiendo que mi firma indica que yo he recibido una copia de la Notificación de las Prácticas Privadas. Yo le doy permiso a CCHS a llamar a mi casa y dejar un mensaje referente a información sobre la salud en la máquina telefónica o con una persona. CCHS también puede enviar a mi casa información sobre el cuidado dental. Yo entiendo que la información dental de mi niño/a va a ser usada para tratamiento, pago y otras funciones de cuidado de salud. Yo reconozco que los datos de la escuela pueden ser usados para obtener información dejada en blanco en la planilla de inscripción. Yo entiendo que los servicios prestados a mi niño/a serán facturados a mi Compañía de Seguros o a Asistencia Médica. Puede ser que yo reciba cuentas de CCHS por los co-pagos y/o los deducibles. Si yo no tengo seguro, yo seré facturado por el costo total de los servicios o con el descuento de la tarifa escalonada si es aplicable.*

Firma del Padre/Madre/Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

For Office Use Only:

OHI

PROPHY

FLUORIDE

SEALANTS

LC :

NA :

NOMBRE \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Escriba todas las medicinas que su niño/a toma todos los días o regularmente:**

Medicina \_\_\_\_\_ mg \_\_\_\_\_ Indicaciones \_\_\_\_\_  
 Medicina \_\_\_\_\_ mg \_\_\_\_\_ Indicaciones \_\_\_\_\_

**Alergias:**

Medicina  No  Si Nombre de la medicina(s) \_\_\_\_\_

Reacción a la medicina(s) \_\_\_\_\_

Alergia a Comidas  No  Si Causa de la alergia \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño/a una orden médica para un Epipen?  No  Si

**HISTORIA DENTAL: Por favor indique Si o No**

**SI NO** ¿Se ha quejado su niño/a de dolor en la boca en los últimos seis meses?

**SI NO** ¿Visita su niño/a al dentista cada seis meses para chequeos rutinarios?

**SI NO** ¿Necesita usted ayuda para encontrar un dentista?

¿TIENE O HA TENIDO EL ESTUDIANTE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES?	CHEQUEAR TODO LO QUE APLIQUE AL ESTUDIANTE	INFORMACIÓN ADICIONAL PARA AYUDARNOS A SERVIR MEJOR LAS NECESIDADES DENTALES DE SU NIÑO/A
SDA/SDAH		
ASMA ♦ SILBIDO AL RESPIRAR		
SANGRAMIENTOS		
CANCER		
DEPRESIÓN ♦ ENFERMEDAD MENTAL		
PROBLEMAS CON EL DESARROLLO		
DIABETES		
DROGA ♦ ALCOHOL ♦ TABACO USADO POR EL ESTUDIANTE/FAMILIA		
PROBLEMA/PÉRDIDA DE AUDICIÓN O VISIÓN		
PROBLEMAS DEL CORAZÓN <input type="checkbox"/> Congénito <input type="checkbox"/> Requiere Antibióticos		
PRESION ALTA		
HIV/SIDA		
REEMPLAZO DE ARTICULACIÓN		
ENVENENAMIENTO POR PLOMO		
PROBLEMAS DEL HÍGADO (HEPATITIS)		
CONVULSIONES (EPILEPSIA)		
TUBERCULOSIS		
ALGUN OTRO PROBLEMA DE SALUD		
	<i>History Reviewed</i>	<i>Documentation in Case Note</i>

**Si su niño tiene una condición de corazón, por favor adjunte una carta de su médico indicando SI REQUIEREN medicina o NO.(antibióticos) antes de los procedimientos dentales.**

**DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO A SU ENFERMERA ESCOLAR**

Documented and Reviewed by: \_\_\_\_\_