

CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES O EL TUTOR LEGAL



Sealing Smiles Across NH

Traveling Tooth Fairies brings a Cavity
Prevention Program to Granite State Kids

Estimado padre/madre/tutor:

Traveling Tooth Fairies - Sealing Smiles Across NH (SSANH): Bringing Cavity Prevention to Nashua Kids es un programa de prevención de caries que llegará a su escuela durante el año escolar 2024-2025. Su hijo reúne los requisitos para participar en este programa que ofrece los siguientes servicios dentales:

- examen de salud bucal,
- instrucción guiada sobre el cepillado de dientes,
- barniz de fluoruro tópico,
- selladores dentales,
- aplicaciones de fluoruro para detener las caries, y
- empastes temporales

Nota: Los selladores dentales son recubrimientos protectores que se aplican a las superficies de masticación de los dientes. El fluoruro para detener las caries (fluoruro de diamina de plata) ayuda a evitar que una caries crezca. Puede saber que funcionó si la cavidad se vuelve dura y negra con el tiempo. Los selladores dentales no causan dolor y no requieren inyecciones ni perforaciones. Este programa de prevención de caries no reemplaza un examen dental de rutina. Si su hijo no tiene un dentista habitual, le recomendaremos uno.

Entregue este formulario hasta el día _____ para inscribir a su hijo.

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre del niño:	Apellido del niño:		
Dirección del niño:	Fecha de nacimiento del niño:		
	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> No binario <input type="checkbox"/> Prefiero no responder		
Origen étnico:	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano		
Raza:	<input type="checkbox"/> Nativo americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra, especificar:	<input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Afroamericano/negro <input type="checkbox"/> Multirraza	
Escuela:	<input type="checkbox"/> Amherst Street Elementary <input type="checkbox"/> Bicentennial Elementary <input type="checkbox"/> Birch Hill Elementary <input type="checkbox"/> Broad Street Elementary <input type="checkbox"/> Charlotte Avenue Elementary <input type="checkbox"/> Dr. Norman W Crisp Elementary <input type="checkbox"/> Fairgrounds Elementary <input type="checkbox"/> Fairgrounds Middle	<input type="checkbox"/> Franklin Street <input type="checkbox"/> Ledge Elementary <input type="checkbox"/> Main Dunstable Elementary <input type="checkbox"/> Mccarthy Middle School <input type="checkbox"/> Microsociety Academy School <input type="checkbox"/> Mount Pleasant Elementary <input type="checkbox"/> New Searles Elementary <input type="checkbox"/> Pennichuck Middle <input type="checkbox"/> Sunset Heights Elementary	
Nombre del maestro:	Grado del niño:		

¿Su hijo ha tenido o tiene algún problema de salud grave tratado por un médico? Nombre:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Su hijo tiene alguna alergia? Nombre:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Su hijo tiene sensibilidad a la plata? Explique:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Su hijo tiene dentista? Nombre del dentista:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO
¿Su hijo ha visitado al dentista en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> NO

INFORMACIÓN DE SEGURO

Indíquenos el tipo de seguro dental que tiene su hijo:	<input type="checkbox"/> Seguro privado	<input type="checkbox"/> Sin seguro o pago por cuenta propia	<input type="checkbox"/> NH Medicaid, proporcione el número de identificación:
--	---	--	--

NOTA: No hay ningún cargo por este servicio. Si su hijo tiene NH Medicaid, le facturaremos a Medicaid.

DAR VUELTA LA PÁGINA

INFORMACIÓN DEL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR LEGAL

Nombre del padre, la madre o el tutor:		
Apellido del padre, la madre o el tutor:		
¿Cuál es la mejor manera de comunicarse con usted? Proporcione su número o correo electrónico:	<input type="checkbox"/> Teléfono particular: <input type="checkbox"/> Teléfono celular:	<input type="checkbox"/> Teléfono laboral: <input type="checkbox"/> Correo electrónico:
¿Qué preocupaciones dificultan que su hijo reciba atención dental? Marque todos los que correspondan:	<input type="checkbox"/> Mi hijo no tiene problemas para recibir atención dental <input type="checkbox"/> Costo <input type="checkbox"/> No puedo encontrar un dentista que acepte mi seguro <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Preocupación por el comportamiento <input type="checkbox"/> Miedo <input type="checkbox"/> Dificultad para ausentarse del trabajo <input type="checkbox"/> Otros, explique:	

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD BUCAL CONFORME A HIPAA

- ✓ Por la presente permito que mi hijo reciba servicios dentales durante el año escolar 2024-2025, que incluirán un examen de salud bucal, instrucción guiada con cepillo de dientes, barniz de fluoruro tópico y pueden incluir selladores dentales, aplicación de fluoruro para detener las caries y empastes protectores según sea necesario.
- ✓ Entiendo que no todos los tipos de caries se pueden tratar en la escuela.
- ✓ Entiendo que cualquier niño desde jardín de infantes hasta el duodécimo grado tiene derecho a participar en este programa. Un higienista dental certificado de salud pública brindará tratamiento y una evaluación de los dientes de su hijo. Se enviará a casa un informe de progreso escrito junto con una remisión para cualquier tratamiento adicional necesario para su hijo.
- ✓ Entiendo que los servicios proporcionados en la escuela no pueden reemplazar un examen dental realizado por un dentista autorizado. Se recomienda la atención dental de rutina.
- ✓ He leído el Aviso de prácticas de privacidad y entiendo que la información de la evaluación dental de mi hijo recopilada durante su visita puede compartirse con NH Medicaid para fines de facturación, la enfermera de la escuela, el dentista supervisor y, en caso de una derivación, la información se compartido con el consultorio dental que tratará a su hijo.
- ✓ Si reúne las condiciones y aplica para NH Medicaid, autorizo al programa Traveling Tooth Fairies - SSANH a facturarle a NH Medicaid por estos servicios.
- ✓ He leído y revisado el "Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA" de Traveling Tooth Fairies - SSANH, disponible en <https://www.nashua.edu/>
- ✓ Al firmar este formulario, reconozco que he leído y revisado lo anterior.

Autorizo a que mi hijo (inserte el nombre) _____ participe en el programa Traveling Tooth Fairies - SSANH que se ofrece en su escuela.

Firma: _____ Fecha: _____

