



Próximamente en su escuela!

El programa Give Kids a Smile de la Clínica Dental Móvil de Bethany for Children & Families

Proporcionamos educación sobre salud bucal, examen dental, limpieza de dientes, tratamiento con flúor, y si es necesario selladores .



Los participantes también recibirán un cepillo de dientes/hilo dental.

*****Por favor llene el permiso anexo claramente incluyendo información del Seguro dental y regrese únicamente la segunda pagina a el profesor (a) o enfermera. *****

Si tiene alguna pregunta, por favor contáctese con la enfermera de su escuela o con la Gerente del Programa Give Kids A Smile, Melody Mosenfelder: Teléfono: (309) 581-6211 o Email: mmosenfelder@bethany-qc.org

———DESPRENDA Y QUEDESE CON ESTE RECORDATORIO ——

Como Ayudar a Prevenir las Caries

¡Controla la cantidad de placa (gérmenes) en tus dientes!



- **Cepíllate los dientes diariamente**

- Intenta cepillarte los dientes por la mañana, por la tarde y por la noche. Si no puedes hacerlo tres veces, asegúrate de cepillarte antes de dormir.
- Cepíllate durante dos minutos cada vez.
- ¡Trata tus dientes con delicadeza!

- **Usa hilo dental diariamente**

- Usa hilo dental al menos una vez al día.
- “Abraza” el diente con el hilo dental y muévelo en un movimiento de arriba hacia abajo.

¡Controla los tipos de azúcares que comes y bebes!



- Los azúcares pegajosos (de los alimentos) pueden quedar atrapados en los surcos naturales y hoyos de los dientes (especialmente los molares) y pueden causar caries si no se cepillan bien después de comer.
- Los azúcares líquidos (de las bebidas) pueden influir entre los dientes y causar caries. Si debes beber algo azucarado, usa un popote y sigue cada sorbo con un poco de agua.

¡Controla la cantidad de tiempo que pasas comiendo y bebiendo cosas azucaradas durante el día!



- Comer comidas bien balanceadas puede ayudar a reducir la cantidad de bocadillos que consumes a lo largo del día.
- Guada los alimentos azucarados para las comidas principales. Si necesitas un bocadillo entre comidas, elige opciones con poco o nada de azúcar añadido.
 - ¡Bebe bebidas azucaradas solo con las comidas. Si tienes sed entre comidas, ¡bebe agua!

Consejos para Tener Dientes Saludables



ADA American Dental Association®



Cepíllate 2 veces al día por 2 minutos con una pasta dental con flúor.



Limpia entre los dientes.



Evita alimentos azucarados, incluyendo refrescos y jugos.



Come una dieta saludable y balanceada con bocadillos limitados.



Visita a tu dentista regularmente.

Gracias a nuestro patrocinador GKAS:



La salud bucal es una parte importante de la salud general. Para más consejos sobre dientes saludables visita:

MouthHealthy.org

GIVE KIDS A SMILE

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD



ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD Y CÓMO PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO DETENIDAMENTE. LA PRIVACIDAD DE SU INFORMACIÓN DE SALUD ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS.

NUESTRO DEBER LEGAL

Los dentistas que participan en el programa Give Kids a Smile pueden estar obligados por las leyes federales y estatales aplicables a mantener la privacidad de su información de salud. La protección de la privacidad del paciente es importante para los participantes en el programa Give Kids a Smile. Este aviso resume las prácticas de privacidad que seguirán los participantes en el programa Give Kids a Smile, y sus derechos con respecto a su información de salud. Este aviso se aplicará a la información de salud recopilada en relación con el programa Give Kids a Smile y permanecerá vigente hasta ser reemplazado.

Puede solicitar una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Para obtener más información sobre las prácticas de privacidad o copias adicionales de este aviso, comuníquese con Bethany for Children & Families al (309) 797-7700.

USOS Y DIVULGACIONES DE INFORMACION DE SALUD

Utilizamos y divulgamos información de salud sobre usted para tratamiento. Por ejemplo, podemos usar o divulgar su información de salud a otro dentista, médico u otro proveedor de atención médica que le brinde tratamiento.

Su Autorización: A menos que nos dé una autorización por escrito, no podemos usar o divulgar su información de salud por ningún motivo excepto los descritos en este Aviso. Si nos da una autorización, puede revocarla por escrito en cualquier momento. Su revocación no afectará ningún uso o divulgación permitido por su autorización mientras estuvo vigente.

A Sus Familiares y Amigos: Debemos divulgar su información de salud a usted, como se describe en la sección de Derechos del Paciente de este Aviso. Podemos divulgar su información de salud a un miembro de la familia, amigo u otra persona involucrada en su tratamiento en la medida necesaria para ayudar con su atención médica.

Personas Involucradas en la Atención: También usaremos nuestro juicio profesional y nuestra experiencia con la práctica común para hacer inferencias razonables que le convengan al permitir que una persona recoja recetas completas, suministros médicos, radiografías u otra información de salud similar.

Servicios relativos con la promoción de servicios médicos: No usaremos su información de salud para comunicaciones con propósito de promoción de servicios médicos sin su autorización por escrito.

Requerido por Ley: Podemos usar o divulgar su información de salud cuando estemos obligados a hacerlo por ley.

Abuso o Negligencia: Podemos divulgar su información de salud a las autoridades apropiadas si creemos razonablemente que usted es una posible víctima de abuso, negligencia, violencia doméstica o la posible víctima de otros delitos. Podemos divulgar su información de salud en la medida necesaria para evitar una amenaza seria para su salud o seguridad o la salud o seguridad de otros.

Seguridad Nacional: Podemos divulgar a las autoridades militares la información de salud del personal de las Fuerzas Armadas en ciertas circunstancias. Podemos divulgar a los funcionarios federales autorizados información de salud requerida para actividades legales de inteligencia, contrainteligencia y otras actividades de seguridad nacional. Podemos divulgar a instituciones correccionales o funcionarios de aplicación de la ley que tengan custodia legal de información de salud protegida de reclusos o pacientes en ciertas circunstancias.

DERECHOS DEL PACIENTE

Acceso: Tiene derecho a ver o obtener copias de su información de salud, con excepciones limitadas. Comuníquese con nosotros al (309) 797-7700 para obtener ayuda para comunicarse con el dentista o la instalación que tiene su información de salud.

Registro de divulgaciones: Puede tener derecho a recibir una lista de casos en los que se divulgó su información de salud para fines que no sean tratamiento u otras actividades específicas durante los últimos seis años, pero no antes del 14 de abril de 2003.

Restricción: Puede solicitar que coloquemos restricciones adicionales en nuestro uso o divulgación de su información de salud. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos con nuestro acuerdo (excepto en caso de emergencia).

Comunicación Alternativa: Puede solicitar que nos comuniquemos con usted acerca de su información de salud por medios alternativos o en ubicaciones alternativas. Podemos aceptar solicitudes razonables.

Enmienda: Puede solicitar que enmendemos su información de salud. Su solicitud debe ser por escrito y debe explicar por qué se debe enmendar la información. Podemos denegar su solicitud bajo ciertas circunstancias.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si desea obtener más información sobre nuestras prácticas de privacidad o tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con nosotros al (309) 797-7700. Si le preocupa que hayamos violado sus derechos de privacidad, o no está de acuerdo con una decisión que tomemos sobre su información de salud, o para que nos comuniquemos con usted por medios o en ubicaciones alternativas, puede comunicarse con nosotros al (309) 797-7700. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Le proporcionaremos la dirección para presentar su queja al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos si lo solicita. Apoyamos su derecho a la privacidad de su información de salud. No tomaremos represalias de ninguna manera si elige presentar una queja con nosotros o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

— — — ARRANQUE Y GUARDE ESTA PÁGINA PARA SUS REGISTROS — — —

DALE A LOS NIÑOS UNA SONRISA

Formulario de Consentimiento para el Fluoruro



El Fluoruro Diamino de Plata (SDF) es un líquido antibiótico. Usamos SDF en las caries para ayudar a detener el progreso de la caries dental. También lo usamos para tratar la sensibilidad dental. El tratamiento con SDF no elimina la necesidad de empastes dentales o coronas para restaurar la función o la estética. Aunque el SDF puede tratar las bacterias que causan caries, no restaurará la estructura del diente afectado por el proceso de la enfermedad. Es posible que aún necesites restauraciones como empastes, coronas o un posible tratamiento del nervio. Las aplicaciones repetidas de SDF han demostrado proporcionar los mejores resultados; una aplicación puede detener la caries hasta en un 70%.

Beneficios de recibir SDF: SDF puede ayudar a detener las caries, SDF puede aliviar la sensibilidad, SDF puede posponer la necesidad de un tratamiento dental tradicional, SDF puede retrasar o eliminar la necesidad de sedación/anestesia general para completar tratamientos dentales en niños pequeños y adultos.

Alternativas al SDF incluyen pero no se limitan a: No realizar tratamiento. Colocación de barniz de flúor. Tratamientos dentales restaurativos como empastes, coronas o terapia del nervio.

Riesgos más comunes relacionados con el tratamiento con SDF: El área afectada se teñirá de negro permanentemente. La estructura dental sana no se manchará. La estructura dental teñida puede reemplazarse con un empaste o una corona. Los empastes o coronas del color del diente también pueden decolorarse si se aplica SDF sobre ellos. Normalmente, este cambio de color es temporal y puede ser pulido. Si se aplica accidentalmente en la piel o encías, puede aparecer una mancha marrón que no causa daño y desaparecerá en 1 a 3 semanas. Es posible que notes un sabor metálico; este desaparecerá rápidamente. Si la caries dental no es detenida, esta progresará. En tal caso, el diente requerirá un tratamiento adicional, como aplicaciones repetidas de SDF, un empaste o corona, tratamiento de conducto o extracción. Estos efectos secundarios pueden no incluir todas las posibles situaciones reportadas por el fabricante. Si notas otros efectos, por favor contacta a tu proveedor dental.

Efectos secundarios más comunes: La aplicación de Fluoruro Diamino de Plata (SDF) sobre una caries oscurecerá la porción de la caries del diente. Si el SDF entra en contacto con la piel y/o las encías, puede ocurrir una decoloración temporal que puede tardar de 1 a 3 semanas en desaparecer. Si el SDF se coloca en un diente que tiene una restauración del color del diente, puede ocurrir decoloración. **Se evitarán los dientes frontales si es posible.**

Autorización para el tratamiento dental: Autorizo al programa "Give Kids a Smile" de Bethany For Children & Families y sus asociados a proporcionar y/o administrar el servicio dental de Fluoruro Diamino de Plata (SDF) a mi estudiante, si sus asociados determinan, en su juicio profesional, que es necesario o apropiado para el cuidado de mi estudiante. Entiendo que las aplicaciones repetidas de SDF han demostrado proporcionar los mejores resultados. Estoy informado y entiendo plenamente que existen riesgos inherentes involucrados en la administración de cualquier medicamento, fármaco, antibiótico o anestesia local. Estoy informado y entiendo plenamente que existen riesgos inherentes involucrados en cualquier tratamiento dental. Entiendo que mi estudiante no debe ser tratado con SDF si es alérgico a la plata, o si tiene llagas dolorosas o áreas en carne viva en las encías (es decir, gingivitis ulcerativa) o en cualquier parte de la boca (es decir, estomatitis). Me doy cuenta de que es obligatorio seguir todas las instrucciones dadas por el dentista y el personal de la oficina dental. Se han proporcionado opciones de tratamiento alternativas, incluida la no realización de tratamiento. No se han hecho garantías sobre los resultados del tratamiento. Entiendo los riesgos/efectos secundarios más comunes asociados con el SDF que se describen anteriormente. *****Se pueden ver fotos en color en nuestro sitio web en: <https://www.bethany-qc.org/give-kids-a-smile>*****

CERTIFICO QUE HE LEÍDO Y COMPRENDO ESTA PÁGINA y autorizo a Bethany for Children & Families a tratar a mi estudiante con Fluoruro de Diamina de Plata si es necesario. Por favor, firme en



Fotos Cortesía de Elevate Oral Care

Refaan et al Pediatr Dent 2014

POR FAVOR ESCRIBA CON PLUMA & REGRESELO A LA ESCUELA


 M F

Nombre del estudiante	Apellido del estudiante	Fecha de Nacimiento	Genero
-----------------------	-------------------------	---------------------	--------

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------	--------	--------	---------------

Nombre del padre/madre/tutor	Apellido	Teléfono	Correo Electrónico
------------------------------	----------	----------	--------------------

Contacto en caso de emergencia (Que no sea padre/tutor)	Parentesco con el estudiante	Teléfono del Contacto
--	------------------------------	-----------------------

Escuela a la que asiste el estudiante	Profesor (a) del estudiante	Grado escolar
	 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Proveedor de seguro medico principal	# DE MIEMBRO
--------------------------------------	--------------

Seguro secundario (si lo hay): _____

Cuál es, según usted, la identidad racial de su estudiante ?

Afroamericano

Blanco

Hispano / Latino

Asiático / Isleño del Pacifico

Indio Americano/Nativo de Alaska

Multiracial

Otro _____

Qué tipo de SEGURO DENTAL tiene su estudiante? (marque lo aplicable)

Seguro dental privado

Delta Dental /Hawk-i

Medicaid (Tarjeta Medical , Titulo19)

Envolve/Meridian

Dentaquest/Molina/BCBS/Aetna

Otro _____

Ninguno

La fecha de la ultima visita al dentista de mi estudiante fue:

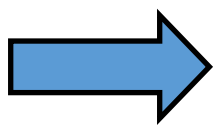
0-6 meses

1-3 años

Nunca ha visto a un dentista

No lo se

Alguna vez su estudiante ha recibido los servicios del programa Give Kids a Smile de la

Si  **VOLTEE LA PAGINA**

No

For Office Use Only: Found info in: HFS Dentaquest Envolve MCNA Delta Hawk-I other: _____

Verified Insurance Provider/Company (ie. Aetna): _____



Llene lo siguiente SI autoriza

<input type="checkbox"/> Necesita tomar un antibiótico antes de someterse a tratamiento dental.	
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Alergia a frutos secos (nueces)
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Alergias a latex
<input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico	<input type="checkbox"/> Tabaco/ consumo de drogas
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> Embarazo
<input type="checkbox"/> Sinusitis crónica	<input type="checkbox"/> Dificultades del habla
<input type="checkbox"/> Bebe agua embotellada o de ciudad (circule)	<input type="checkbox"/> Desmayos/Mareos
<input type="checkbox"/> Alergia a los metales	<input type="checkbox"/> Dificultades auditivas
<input type="checkbox"/> Bebe agua de pozo	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Lesión craneal	<input type="checkbox"/> Epilepsia
<input type="checkbox"/> Problemas cardiacos	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA
<input type="checkbox"/> Medicamentos — Por favor enlístelos	<input type="checkbox"/> Inquietudes con la boca o dientes :
_____	_____
_____	_____

Para uso de la oficina

Selladores colocados & Fecha:

<input type="checkbox"/> 2	___/___/___
<input type="checkbox"/> 3	___/___/___
<input type="checkbox"/> 14	___/___/___
<input type="checkbox"/> 15	___/___/___
<input type="checkbox"/> 18	___/___/___
<input type="checkbox"/> 19	___/___/___
<input type="checkbox"/> 30	___/___/___
<input type="checkbox"/> 31	___/___/___

Historial medico revisado por:

Iniciales del higienista: _____

Iniciales del Dentista: _____

Fecha: _____

POR FAVOR, LEA LO SIGUIENTE:

Doy permiso para que mi estudiante reciba tratamiento dental y permito que la enfermera de la escuela, el representate escolar y el proveedor dental accedan al expediente dental del estudiante.

Doy permiso a Bethany for Children & Families para llamarme, enviarme mensajes de texto y/o correos electrónicos con información sobre los servicios de salud de mi estudiante.

Entiendo que en circunstancias excepcionales, en caso de que Bethany for Children & Families necesite transportar a mi estudiante desde su escuela hasta la clínica dental móvil, se me contactara para obtener mi consentimiento verbal. (En ocasiones dividimos el día con una escuela cercana y puede ser necesario transportar a su estudiante con un representante autorizado de Bethany a la ubicación de la clínica dental móvil).

Doy permiso a Bethany for Children & Families para liberar, obtener o intercambiar información manualmente /o a través de una Plataforma electrónica con el Programa I-Smile y/o cualquier otro proveedor dental.

Doy permiso para que se verifiquen los selladores de mi estudiante y se vuelvan a sellar si es necesario. (Estas verificaciones se llaman Auditorias de Aseguramiento de Calidad del IDPH). Son realizadas por profesionales que pueden necesitar regresar a la escuela de mi estudiante para volver a revisar y volver a sellar si es necesario, en los días en que la clínica dental móvil este presente.

Mi firma otorga permiso para los consentimientos anteriores y autoriza al proveedor dental a tratar y facturar por los servicios realizados en la clínica dental móvil. He recibido una copia de las practicas de privacidad.



Firma para "SI": _____

Fecha: _____

Firma para "NO": _____

Fecha: _____

La autorización y el reconocimiento son válidos por 6 meses a partir de la fecha de firma.

Consentimiento para SDF: He leído y entiendo los riesgos de la aplicación de Fluoruro de Diamina de Plata (SDF) y autorizo su aplicación si mi estudiante se beneficiará del tratamiento. (Los beneficios y riesgos se encuentran en la página 4).



Firma para "SI": _____

Fecha: _____

Firma para "NO": _____

Fecha: _____