



Estimado padre o tutor:

Los higienistas dentales de Práctica Afiliada estarán en la escuela de su hijo para llevar a cabo un programa de salud bucal. Con su consentimiento firmado (formulario adjunto), su hijo será examinado por un higienista para recibir servicios dentales preventivos importantes y necesarios. Es posible que su hijo ya esté recibiendo estos y otros servicios en su propia clínica dental. Si es así, le animamos a que continúe con dicha atención. Sin embargo, si su hijo no tiene un dentista o no visita a uno de forma regular, esta es una oportunidad maravillosa para ayudar a prevenir las caries.

### **PROCEDIMIENTOS QUE SE PROPORCIONARÁN A SU HIJO:**

- **Revisión dental:** Una revisión gratuita de los dientes de su hijo para ver si hay algún problema evidente. No se toman radiografías, y esto no sustituye a un examen regular por un dentista.
- **Limpieza:** Para eliminar la placa y pulir los dientes.
- **Selladores:** Esto ayuda a sellar los dientes posteriores para que no entren alimentos ni bacterias en los surcos. Los selladores ayudan a prevenir las caries en las superficies dentales.
- **Barniz de flúor:** El barniz de flúor se aplica sobre los dientes con un cepillo pequeño. Ayuda a prevenir las caries, al introducir minerales en el diente, haciéndolo más fuerte.
- **Fluoruro de diamina de plata (SDF):** El fluoruro de diamina de plata (un líquido transparente) se aplica sobre una caries activa existente y DETIENE EL PROCESO DE Caries. SDF mata las bacterias que causan la caries y se detiene la destrucción ayudando así al paciente a evitar una emergencia dental en el futuro. El SDF está avalado por la Asociación Dental Pediátrica como una forma segura y eficaz de detener las caries y ha demostrado ser especialmente útil en niños que tienen terror al dentista y requieren anestesia completa para el tratamiento dental. El único efecto secundario es cosmético. La caries se volverá negra (frente al marrón oscuro) una vez desactivada, lo que es señal de que ha sido eficaz.
- **Técnica S.M.A.R.T:** Una técnica para detener la caries y sellar los dientes utilizando dos productos: fluoruro de diamina de plata (SDF) y selladores de ionómero de vidrio en una sola cita. Es una alternativa rápida e indolora a la técnica de "fresar y empastar". El SDF se coloca en el diente para detener la caries, seguido de un sellador de ionómero de vidrio colocado en el orificio para sellar la fuente de nutrientes para las bacterias supervivientes. Método avalado por la Academia Americana de Odontología Pediátrica.
- **Educación/Instrucción del paciente:** Se enseñará a su hijo a cuidar sus dientes. Se enviará a casa una copia de los resultados del examen de salud bucodental de su hijo, junto con una copia para la enfermera del colegio. En el informe de salud bucodental también se incluirán todas las derivaciones necesarias.

Su hijo puede seguir viendo a cualquier dentista y recibir tratamiento en cualquier consultorio dental. Sin embargo, AHCCCS y cualquier otro seguro dental serán facturados por los servicios prestados por nuestro equipo cuando sea aplicable. Por favor tenga en cuenta que si usted tiene seguro dental, este tratamiento puede afectar futuros derechos y beneficios del seguro. Por favor traiga el informe de salud bucal de su hijo a su próxima visita al consultorio dental con el dentista de su hijo para que sepan qué procedimientos se proporcionaron.

Si desea que su hijo participe, marque "**SÍ**" en el formulario de permiso de historial médico adjunto. **Complete y firme el formulario de permiso** y devuélvalo al profesor de su hijo lo antes posible. AZ Kidz Healthy Smiles confía en que su hijo tendrá una experiencia positiva y una mejor salud bucal. La evaluación y los servicios proporcionados no reemplazan un examen dental regular. Recomendamos un examen de seguimiento con un dentista en un plazo de 90 días. Es muy importante que su hijo vea a un dentista regularmente para mantenerse saludable y evitar problemas dentales para estar mejor preparado para aprender. Proporcionaremos una lista de dentistas en su área para necesidades futuras si es necesario.

Esperamos poder ofrecer servicios de higiene dental a su hijo en un entorno escolar seguro y cómodo.

Si tiene alguna pregunta, llame al **602-684-4965** o envíe un correo electrónico a **azkidzhealthysmiles@gmail.com**

**AZ KIDZ HEALTHY SMILES FOUNDATION**  
**Formulario de Permiso e Historia Médica del Programa Dental**

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino  
Nombre (M.I.) (Apellido) (mes/día /año)

Grado: \_\_\_\_\_ Salón #: \_\_\_\_\_ Maestro/a: \_\_\_\_\_

Email de los padres: \_\_\_\_\_

Dirección de la calle: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

- Si**, Doy permiso a mi niño a participar en el programa dental con base escolar preventivo. *Favor de facturar estos servicios a la apropiada Compañía de Seguros. Favor de completar la forma completa y firm e abajo.*
- No, No soy permiso** a mi niño para participar en el programa dental. *Favor de completar el nombre y grado solamente.*

**Información General:**

1. ¿Qué idioma habla mejor su hijo/a? \_\_\_\_\_ ¿Qué idioma hablan los padres en casa? \_\_\_\_\_

2. ¿Qué es el origen de su hijo/a?

- Indio-Americano/Nativo de Alaska  Afro-Americano/Negro  Asiático Blanco  Hispanico/Latino  Otro \_\_\_\_\_

**Información Sobre Salud:**

3. ¿Tiene su hijo/a un doctor al que acude regularmente?  SI  NO El nombre doctor: \_\_\_\_\_

4. ¿Su hijo/a visita regularmente a un dentista para revisiones dentales?  SI  NO

Si la respuesta es SI, por favor escriba el nombre dentista: \_\_\_\_\_

5. En general, ¿como considera usted la salud de los dientes y la boca de su hijo/a?  Excelente  Muy buena  Buena  Regular  Mala

6. Actualmente, ¿está su niño/a tomando alguna medicina?  SI  NO

Si la respuesta es SI , por favor escriba el nombres de las medicinas: \_\_\_\_\_

7. ¿Alguna vez un medico/dentista le ha dicho que su niño necesita tomar antibioticos antes de tratamientos dental?  SI  NO

8. ¿Alguna vez ha tenido su niño/a alguna de las enfermedades o condiciones a continuación?

- ADD\ADHD  Diabetes  Hepatitis  Fiebre reumático  Alergia a medicina  Anemia  Epilepsia  
 Soplo en el Corazón  Convulsiones/Ataques  SID/VIH  Asma  Problemas del Corazón  Riñón/ Hígado  Tuberculosis

9. ¿Tiene su niño/a algún otra problema de salud?  SI  NO Si la respuesta es SI, explique: \_\_\_\_\_

10. ¿Tiene su niño/a algún tipo de alergias?  SI  NO Si la respuesta es SI, marque cuales o explique: \_\_\_\_\_

- Antibióticos  Penicilina  Colophonium  Aspirina  Látex  Resinas/Rosins  Alimentos/Otros: \_\_\_\_\_

11. ¿Tiene su niño/a seguro dental ?  SI  NO Si NO, ¿Quiere ayuda para obtener seguro dental para su niño/a?  SI  NO

Si su niño/a tiene seguro dental, por favor complete la información:

**AHCCCS (soló)**

Niño/a Nombre (en la tarjeta): \_\_\_\_\_

AHCCCS Identificación de miembro #: \_\_\_\_\_

**Información de Otro Seguro (excepto AHCCCS)**

Aseguradora: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Asegurado: \_\_\_\_\_

Asegurado ID #: \_\_\_\_\_

Asegurado: fecha de nacimiento (m/d/ano): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Asegurado: # de Seguridad Social: \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

Grupo/ Pólizia #: \_\_\_\_\_

Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_

Por la presente yo entiendo que AZ Kidz Healthy Smiles Foundation pueden utilizar esta información para tratamiento, pago, y operaciones de salud. He leído y entendido el programa dental y los servicios dentales que se proveerán a mi niño y doy consentimiento para que mi niño participe del programa. Yo entiendo que estos servicios no deben sustituir un examen dental por un dentista. Yo entiendo que mi niño debe ser examinado por un dentista dentro de los siguientes 90 días. Yo entiendo que mi niño puede continuar recibiendo cuidado dental mediante cualquier proveedor. Yo autorizo que el programa dental provea un resumen escrito de los servicios designados a los oficiales escolares y de referir a mi niño a su dentista regular de ser necesario.

En el caso de tener seguro dental, Yo autorizo a ser facturado por los servicios recibidos. Yo entiendo que este tratamiento puede afectar futuro derechos o beneficios.

X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Relación con el Menor: \_\_\_\_\_  
Firma del Padre/ Guardián (mes/día /año)

Nombre: \_\_\_\_\_ Num.de teléfono# \_\_\_\_\_ Teléfono móvil# \_\_\_\_\_

Emergencia Póngase en contacto

Si el padre/ tutor no esta disponible Nombre: \_\_\_\_\_ Num del telefono#: \_\_\_\_\_