

# PROGRAMA DE SALUD ORAL ESCOLAR DEL NCHD

## Padres,

El Programa de Salud Oral Escolar del Departamento de Salud del Noreste de Colorado ofrece servicios de prevención para detener la caries dental en niños edad escolar. Dado que la región noreste de Colorado es considerada una zona con servicios insuficientes en cuanto a la salud oral, dichos servicios se proporcionan gratuitamente.

Este programa no pretende reemplazar los controles y limpiezas dentales regulares, pero es una excelente oportunidad para realizarle un control a su hijo mientras está en la escuela. Si desea que su hijo participe, siga las instrucciones en el interior y complete el talón de autorización. Si tiene más preguntas, no dude en comunicarse con Tina Kohl al (970) 522-3741 ext. 1237 o en [tinak@nchd.org](mailto:tinak@nchd.org).

La caries dental es casi 100% prevenible, sin embargo, es la enfermedad crónica más común en la niñez.



Una salud oral deficiente puede afectar la capacidad del niño para aprender, los hábitos alimenticios, el desarrollo del habla, el nivel de actividad y la autoestima.

## Servicios dentales provistos durante una clínica en la escuela:

### Evaluación dental

Un higienista dental revisa los dientes y el tejido blando de la boca de cada niño. Nuestros higienistas se aseguran de que no haya caries dental o necesidad de otros servicios dentales.



### Baño de flúor

Un higienista dental aplica un baño de flúor sobre los dientes que actúa como una pintura. Este baño ayuda a protegerlos los dientes, y puede volver a aplicarse cada tres meses.

### Selladores dentales

Se aplicarán selladores a los primeros y segundos molares de los niños. Estos son un fino recubrimiento plástico que protegen los dientes. El higienista los aplica y actúan también como una pintura sobre los primeros molares, que generalmente crecen en el 2º grado, y sobre los segundos molares, que típicamente salen en 6º y 7º grado.



### Instrucción educativa

Los niños reciben instrucción acerca de técnicas para un cepillado adecuado, higiene oral básica, prevención de caries y buena nutrición.

Mantendremos un expediente de los servicios dentales de su hijo para poder proporcionar una buena atención continua. Compartiremos nuestros expedientes con el Departamento de Salud Pública de Colorado para controlar los servicios que proveemos, pero no revelaremos su nombre ni el de su hijo.

## ¡PARTICIPAR ES SENCILLO!

**1.** Consulte con el personal cuándo se dictará una clínica en su escuela o llame el NCHD al (970) 522-3741 ext. 1237.

**2.** Lea y corte el aviso de HIPAA y firme el talón de autorización para que su hijo reciba los servicios.

Sólo los niños que entreguen el talón de autorización firmado recibirán el tratamiento. ¡Corte y envíe!



**3.** Corte el talón de autorización firmado y envíelo a la escuela con su hijo.

# Talón de autorización del padre o tutor para el Proyecto de Salud Oral del Noreste

Escriba con letra clara toda la información

Yo \_\_\_\_\_ autorizo para que mi hijo nombrado más abajo reciba los siguientes servicios que el profesional dental considere necesarios:

**Instrucción educacional:** Cepillado adecuado e higiene dental

**Baño de flúor:** Un tratamiento de protección para los dientes

**Baño de flúor:** Un tratamiento de protección para los dientes

**Selladores:** Una barrera de protección que se aplica a los molares. Los selladores serán evaluados el próximo año escolar

*(Marque los servicios que desea reciba su hijo)*

Entiendo que estos servicios se consideran preventivos y que el proveedor de salud oral podría considerar necesarios otros servicios restaurativos. Entiendo que si mi hijo requiere otro tipo de tratamiento, el proveedor de salud oral o el personal del departamento de salud me ayudarán a conocer mis opciones de tratamiento y métodos de pago. Algunas opciones de pago pueden incluir a Medicaid, CHP+, subvenciones del gobierno como también otros programas disponibles actualmente o en el futuro para mi hijo.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_

Número de identificación del estudiante (si lo conoce): \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre o tutor: \_\_\_\_\_ Parentesco con el niño: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de contacto: ( ) \_\_\_\_\_ Proveedor dental o médico: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

*Si se proporcionan, se puede enviar una copia de los resultados de la evaluación a los proveedores de atención primaria como parte de la iniciativa médica en el hogar del NCHD*

¿Su hijo ha visitado a un dentista en los últimos 12 meses? Sí / No De responder sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

Asimismo, otorgo autorización para fotografiar, filmar o grabar a mi hijo y utilizar sus imágenes en los materiales impresos y electrónicos del programa del Proyecto de Salud Oral del Noreste.

Marque aquí si no desea que su hijo sea fotografiado.

Seguro dental:  Medicaid # \_\_\_\_\_

Privado

CHP+ # \_\_\_\_\_

Sin seguro

¿Su hijo ha tenido? Alergoas \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Ptros problemas graves de salud? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

Por medio del presente autorizo al Proyecto de Salud Oral del Noreste a compartir con mi aseguradora o sus representantes toda información, entre otros, el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento que haya recibido durante el período de dichos servicios dentales. Además, autorizo y solicito a mi aseguradora a pagar directamente a los proveedores del Proyecto de Salud Oral del Noreste el monto que se me adeuda en mi reclamo pendiente por servicios dentales preventivos. Asimismo, autorizo a los proveedores del Proyecto de Salud Oral del Noreste a intercambiar correspondencia en mi nombre con el Comisionado de Seguros si esto fuera necesario. Cuando corresponda, todos los servicios prestados serán facturados a mi compañía de seguros. Los talones de autorización tienen validez por un año calendario.

Firma del padre/madre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_



**Acuso recibo del aviso HIPAA del Departamento de Salud del Noreste de Colorado.**

Si tiene preguntas relacionadas con la información en este paquete, comuníquese con Tina al (970) 522-3741 ext. 1237

**Este talón de autorización debe ser firmado y entregado  
a la escuela para que su hijo reciba los servicios.**