

¡Manteniendo sana la sonrisa de su hijo!

Prevención Dental de la Escuela

Dental3 ofrece servicios dentales preventivos a su hijo GRATIS!

- Despistajes y Educación
- Selladores



¡Completa el siguiente página para ayudar a su hijo a tener dientes sanos! **TODOS** los niños que devuelvan este formulario de consentimiento completado son elegibles. **No se rechaza a ningún niño.** ¡Los servicios son **GRATUITOS!**

PREVENCIÓN VS. TRATAMIENTO

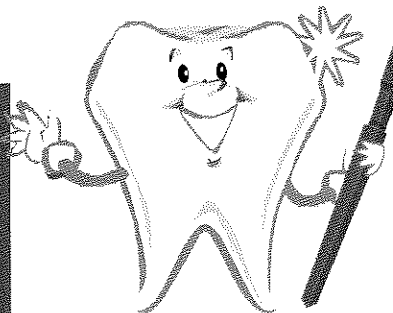


Selladores,
gratuitos y
bicados
en su escuela



Tratamiento, una
visita costosa al
dentista

*¡Recibir selladores
es tan fácil como
cepillarse los dientes
y sin dolor, también!*



**Mi hijo ya ha tenido
selladores
y se ve con un dentista
periódicamente, ¿debe
participar?**

¡Sí!

Los selladores pueden durar
muchos años pero si los
selladores de su hijo se caen,
podemos reponerlos en
todos los dientes posteriores
permanentes, según sea
necesario,

¡SIN COSTO ALGUNO!

*Para obtener mas información
de nuestro programa de la
salud dental, favor a visitar a
nuestra página de web
Dental3.net*

El Problema: Las Caries Dentales

- Las caries dentales son la enfermedad crónica más común de la niñez.
- Aproximadamente 1 de 5 (20%) de niños ente las edades de 5 a 11 tiene al menos un diente cariado no tratado

La Solución: Selladores Dentales

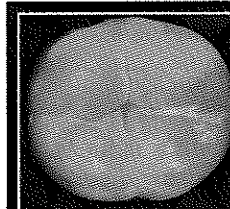
- Los selladores dentales son capas finas de plástico aplicadas a las surcos de las superficies para masticar de los dientes posteriores. Los selladores previenen las caries dentales y también detienen el crecimiento de las caries.

Prevención vs. Tratamiento

- Los selladores preventivos son un proceso corto y fácil. Se limpian las superficies para masticar de los dientes para ayudar al sellador adherirse al diente. Se pinta el sellador a los surcos de las superficies de masticar, donde se pega al diente.
- El tratamiento requiere una cita con el dentista y puede incluir (perforación), extraer estructura del diente/reponer estructura del diente.

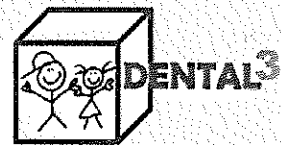
Antes

Después



Dental3 es una organización no lucrativa 501(c)3 dedicada a mejorar la salud oral, con la coordinación y provisión de los servicios de la salud oral de la comunidad de los individuales eligible de Medicaid y otros poblaciones vulnerables. Somos una colaboración de Medicaid Dental Plans, Coordinated Care Organizations (CCO), y socios de la comunidad.

Programa de Selladores Dentales en las Escuelas - Permiso



La escuela de su hijo/a ha sido elegida para participar en el Programa de Selladores Dentales en las Escuelas DENTAL3. Los selladores dentales son revestimientos de plástico que se aplican a las muelas para evitar que penetren gérmenes y prevenir las caries. El examen y los selladores son **gratuitos** y son efectuados por profesionales dentales.

Nombre del/de la menor: _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial del segundo nombre)

Maestro/a: _____ Grado: _____

SÍ, deseo que mi hijo/a reciba un examen dental y selladores dentales.

*Aún si su niño/a haya recibido sellantes el año pasado, por favor, marque el "sí" para que podamos revisarlos.

NO, no deseo que mi hijo/a reciba un examen dental ni selladores dentales.

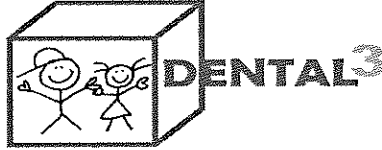
Si eligió "sí", proporcione la información a continuación y firme Enviar a más tardar el: _____

Información de la familia	Padre/madre/tutor legal:	Fecha de nacimiento del/de la menor: _____ <small>Mes / Día / Año</small>
	Dirección:	Podemos enviar un mensaje de texto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Número de Teléfono de Día:	Teléfono celular:
	Dirección del correo electrónico:	
	Mi hijo/a está tomando (indique medicamentos):	Ninguno: <input type="checkbox"/>
	Mi hijo/a tiene alergia a:	Ninguno: <input type="checkbox"/>
	Cualquier problema médico actual:	Ninguno: <input type="checkbox"/>

Seguro	Seguro médico (marque uno)	Estos servicios son gratuitos para usted.
	<input type="checkbox"/> Plan de Salud de Oregon (OHP) / No. de identificación de Medicaid _____	
	<input type="checkbox"/> Compañía de seguro dental privado _____	
	<input type="checkbox"/> No tiene seguro médico	

Sírvase leer Si contestó Sí al examen y a los selladores, su firma a continuación indica lo siguiente:
 Como padre/madre/tutor legal, por el presente autorizo la divulgación e intercambio de información, incluida toda información médica personal, entre el personal de los selladores dentales, el personal de la escuela, las compañías de seguro, el dentista del/de la menor, la Organización de Atención Coordinada correspondiente y/o la Organización de Cuidado Dental constatada. He recibido una copia de los "Avisos de prácticas de privacidad". Asimismo, entiendo que un estudiante dental, supervisado por un profesional dental con licencia, podría proporcionar el tratamiento.

Firma del paciente/tutor legal: _____ Fecha: _____



RESUMEN DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

La confidencialidad de su información médica amparada, llamada también “expediente médico”, es una prioridad importante en Dental 3. Hay diversas razones por las cuales quizá debamos utilizar dicha información o divulgarla a otras personas o entidades. El presente Aviso de Prácticas de Privacidad tiene por finalidad informarle sobre las maneras en que podemos utilizar y divulgar la información de su expediente médico. LA PRESENTE PÁGINA NO ES EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD COMPLETO, el cual está disponible de solicitarse. Además de nuestro largo compromiso de proteger su información, existen ciertas obligaciones que debemos asumir bajo la ley federal. Una de dichas obligaciones es proporcionarle el presente aviso a usted. De solicitarse, el Aviso se facilitará en otros idiomas.

ASPECTOS EXPLICADOS EN EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD COMPLETO:

- **La manera en que podemos utilizar y divulgar su información médica sin su permiso para:**
 - Brindarle tratamientos;
 - Recibir pago por los servicios que le prestemos;
 - Elaborar reportes para agencias federales, estatales y locales, así como para otras entidades cuando así lo exija la ley;
 - Elaborar reportes o divulgar información para fines de salud y seguridad públicas y/o para fines de investigación.
- **La manera en que podemos divulgar su información sin su permiso, pero sólo si le damos la oportunidad de negarse:**
 - Divulgar información sobre usted a su familia, amigos y otras personas que participen en su cuidado para recibir pago por los servicios que se le presten;
 - Dar a conocer información sobre usted en el caso de un desastre para informar su paradero y condición general a su familia y amigos.
- **La manera en que podemos utilizar y divulgar su información médica sólo con su permiso en circunstancias que no se hayan descrito arriba.**
- **Entre sus derechos legales bajo las leyes de privacidad federales figura su derecho de:**
 - Pedir revisar y fotocopiar su información médica;
 - Pedir que se corrija la información de su expediente médico que esté incorrecta o incompleta;
 - Pedir una lista de lugares a los que hemos enviado su información médica a menos que haya sido enviada con su permiso, para fines de pago, tratamiento u operaciones médicas;
 - Pedir que restrinjamos la información que utilizamos o divulgamos para fines de tratamiento, pago u operaciones médicas, o la información que divulgamos a sus familiares o a otras personas que participen en su cuidado. No tenemos la obligación de aceptar su pedido;
 - Pedirnos que nos comuniquemos con usted de manera confidencial;
 - Pedir una copia impresa del Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento;
 - Que se le notifique en caso de que se viole su información médica amparada no segura;
 - Presentar una queja si considera que sus derechos de privacidad han sido violados;
 - Pagar de su propio bolsillo el costo total de un artículo o servicio médico y restringir la divulgación de dicho artículo o servicio en particular al proveedor de su plan médico.