

Healthy Smiles for Waupaca County: Seal-A-Smile

PERMISO DE SELLANTE DENTAL/BARNIZADO DE FLÚOR

Healthy Smile of Waupaca County está ofreciendo un programa preventivo de selladores dentales para TODOS los estudiantes. Este programa es financiado por el programa de Wisconsin Seal-A-Smile, en colaboración con Children's Health Alliance of Wisconsin y Wisconsin Department of Health Services. Un proveedor de servicios dentales capacitado irá a la escuela para brindarle este programa de selladores dentales sin costo alguno. El programa incluye: evaluación para determinar si puede recibir el sellador, aplicación de sellador si es adecuado, un tratamiento con fluoruro, e instrucciones para cepillarse los dientes con un cepillo nuevo. Se le enviará una carta para dar seguimiento a su casa para describir lo que se le hizo y lo que se recomienda en el futuro. Todos los procedimientos seguirán las recomendaciones de la Asociación Dental Americana y del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades al darle las recomendaciones preventivas del programa escolar de selladores dentales. Este permiso estará vigente durante dos años con el fin de reemplazar los selladores perdidos al revisárselos después de un año o para aplicar selladores en aquellos dientes que no fueron sellados este año.

Apellido del niño: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____
Maestro del niño: _____ Grado: _____ Teléfono del padre# _____
Dirección postal: _____ correo electrónico: _____

SÍ, quiero que mi hijo participe en el programa escolar de prevención dental y autorizo el cobro a Forward Health o a cualquier otra compañía de seguros por los servicios facturables. Le doy permiso a la escuela de mi hijo para que comparta su número de identificación estudiantil de Wisconsin con el programa de la escuela.
(Llene el resto del formulario a continuación y devuélvalo a la escuela de su hijo) ID# _____

_____/_____/_____
(Letra de imprenta) Nombre del padre o tutor legal (Firma) Padre o tutor legal Fecha ____/____/____

NO quiero que mi hijo participe en el programa escolar de prevención dental. (Firme aquí y devuélvalo a la escuela de su hijo)

_____/_____/_____
(Letra de imprenta) Nombre del padre o tutor legal (Firma) Padre o tutor legal Date ____/____/____

¿Por qué motivo no desea participar? _____

1) ¿Qué tipo de seguro DENTAL tiene su hijo?

Nota: No se negarán los servicios a ningún estudiante en base a la cobertura de su seguro

Forward Health/Medicaid/BadgerCare Seguro privado (ej. Delta, Cigna) Sin seguro Otro _____

2) **Grupo étnico (seleccione uno):** Hispano No hispano Desconocido

3) **Raza (seleccione una):** Blanca Negra o afroamericana Asiática Amerindia o nativa de Alaska
 Nativa de Hawái o las Islas del Pacífico Desconocida o no disponible

Por favor, conteste las siguientes preguntas sobre su hijo: (Marque una respuesta)

A. ¿Usa su hijo medicamentos recetados por un doctor? **SÍ NO Si afirmativo, ¿cuáles?** _____

B. ¿Necesita o usa su hijo más cuidados médicos que los demás niños de la misma edad? **SÍ NO**

C. ¿Tiene su hijo problemas para hacer algo que la mayoría de los niños de la misma edad puedan hacer? **SÍ NO**

D. ¿Necesita o recibe su hijo algún tipo de terapia especial, como física, ocupacional o del habla? **SÍ NO**

E. ¿Necesita su hijo consejería o tratamiento para los problemas conductuales, emocionales o retrasos en el caminar, hablar o par hacer actividades que otros niños de la misma edad pueden hacer? **SÍ NO**

Si marcó que "sí" a una de las preguntas anteriores (A-E): ¿Ha durado o se espera que dure este problema por lo menos 12 meses? **SÍ NO**

6. ¿Tiene su hijo alguna alergia? (ej. A medicamentos, alimentos, látex, etc.) **SÍ NO Si afirmativo, ¿a qué es alérgico?**

7. ¿Ha visitado su hijo al dentista? **Sí, dentro del último año Sí, hace más de un año Nunca**

Nombre del dentista principal de su hijo: _____

*** El tratamiento que recibirá su hijo en este programa no será una alternativa a la atención dental regular. Aún se recomienda que busque a un dentista para la atención dental de rutina que incluye cualquier atención de seguimiento que pueda recomendarse después de que su hijo haya completado este programa de salud oral en la escuela.**

Healthy Smiles for Waupaca County: Seal-A-Smile

Querido padre,

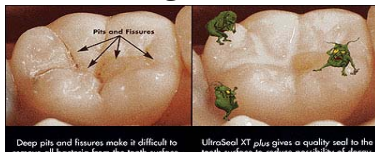
¿Sabía usted???

- En los Estados Unidos los niños pierden alrededor de 52 millones de horas del horario escolar cada año, debido a problemas dentales.
- Una mala higiene oral y condiciones no tratadas pueden afectar, grandemente, la habilidad de aprender.
- 90 por ciento del daño en los dientes permanentes de los niños, ocurre en las superficies masticatorias de los dientes traseros. Los sellantes, sirven como una barrera física a las bacterias que causan daño.

Healthy Smiles for Waupaca County ofrece un programa dental preventivo de sellantes/barnizado de flúor en su escuela, para todos los niños en segundo y sexto grado **sin cargo alguno**, a usted o a su escuela. Un profesional dental visitará la escuela de su hijo en tres diferentes ocasiones, para brindarle el seguimiento a los servicios de su hijo.

¿Qué es lo que este programa ofrece?

- Evaluaciones dentales
- Sellantes dentales en dientes molares permanentes
- Barnizados con flúor (1 - 3 tratamientos de flúor)
- Educación en cuanto a lavado de dientes e higiene dental
- Cepillo de dientes y pasta de dientes
- Una carta enviada a casa explicando que servicios fueron realizados y sugerencias para tratamientos futuros luego de cada visita.
- La tercera visita se realizará cuando su hijo este en tercero o séptimo grado a manera de seguimiento o si necesita cambio de sellantes.



¿Qué es un sellante dental?

- Un sellante es una capa delgada de plástico del color del diente, que es aplicada para prevenir la formación de caries.
- Su hijo será evaluado para determinar cuál diente molar permanente puede llevar sellantes. El sellante será aplicado ese mismo día.

¿Qué sucede si mi hijo ya tiene sellantes?

- Nuestro higienista dental registrado, evaluará los sellantes de su hijo y reemplazará aquellos que ya no se encuentren en posición.

¿Qué es un barnizado de flúor?

- El flúor es un gel tópico que se aplica sobre el diente, haciéndolo más fuerte.
- Su hijo recibirá de una a tres aplicaciones de flúor durante este programa, de acuerdo a su evaluación sobre el riesgo de caries dental.

Por favor lea y firme el permiso adjunto y devuélvalo a la oficina de su maestro/escuela.

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al 715.412.3320

* El tratamiento que recibirá su hijo en este programa no será una alternativa a la atención dental regular. Aún se recomienda que busque a un dentista para la atención dental de rutina que incluye cualquier atención de seguimiento que pueda recomendarse después de que su hijo haya completado este programa de salud oral en la escuela.