

NORTH FLORIDA MEDICAL PROGRAMA DE ALCANCE DENTAL

Esperamos que esta carta te encuentre a ti y a tu familia en buen estado de salud. Nuestra comunidad ha pasado por mucho en los últimos meses y todos nosotros estamos deseando reanudar nuestros hábitos y rutinas normales. Si bien muchas cosas han cambiado, una cosa ha seguido siendo la misma: nuestro compromiso con la seguridad de su hijo.

El control de infecciones siempre ha sido una prioridad para nuestro Programa de Alcance Dental. Nuestros procesos de control de infecciones se realizan para que cuando su hijo reciba atención, sea seguro y cómodo. Queremos informarle sobre los procedimientos de control de infecciones que seguimos en nuestro programa para mantener a los pacientes y al personal seguros.

Nuestro programa sigue las recomendaciones de control de infecciones hechas por la Asociación Americana de Higienistas Dentales (ADHA), la Asociación Dental Americana (ADA), los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), la Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA) y la Junta Escolar del Condado de Okaloosa. Seguimos las actividades de estas agencias para estar al día de cualquier nueva regla o directrices que puedan ser emitidas. Hacemos esto para asegurar que nuestros procedimientos de control de infecciones estén actualizados y se adhieran a las recomendaciones de la agencia.

Además, nuestros higienistas dentales con licencia tomaron un curso de certificación de control de infecciones de 23 horas en abril de 2020.

Hemos hecho algunos cambios para ayudar a proteger a nuestros pacientes y personal.

Algunos ejemplos son:

- La temperatura de su hijo puede tomarse en el momento de su cita
- Tendremos desinfectante de manos que le pediremos a su hijo que use al ingresar al MDC.
- Haremos todo lo posible para adherirnos a las recomendaciones de distanciamiento social.

Esperamos volver a ver a sus hijos y estamos encantados de responder cualquier pregunta que pueda tener sobre los pasos que estamos tomando para mantener a sus hijos seguros mientras reciben atención dental en nuestro Programa de Alcance Dental.

Gracias por permitirnos cuidar de sus hijos. Valoramos su confianza y apoyo y esperamos ver las preciosas caras sonrientes de sus hijos!!!

Sinceramente,

North Florida Medical, Equipo de Divulgación Dental





Programa de Alcance Dental

Querido Padre/Guardián:

Se le ofrecerá un Programa Preventivo De Salud Bucal a su hijo(a) en su escuela. Le meta de este programa es de enseñarle a su hijo(a) como limpiar sus dientes correctamente, proveer proporcionar una evaluación oral, si es necesario, profilaxis dental (limpieza), flúor barniz tratamiento y coloque sellador protector. Selladores dentales son capas protectoras del color de su dentadura que protege la superficie de sus dientes sanos en la parte posterior de su boca.

Se necesita el permiso del padre/guardián antes de que su hijo(a) participe en este programa. Si usted le otorga el permiso a su hijo(a), él o ella recibirá un examen, selladores dentales y fluoruro. Si su hijo(a) está cubierto por **Medicaid**, favor de proveer la información requerida en la formas adjuntas. Los estudiantes que tengan el consentimiento de sus padres, pero no están cubiertos por **Medicaid**, recibirán los selladores dentales **gratis o sin costo alguno**.

Un dentista o una licencia higienista dental de **North Florida Medical** le hará un examen a los dientes de su hijo(a). **Su hijo(a) no se recibirá sedantes, inyecciones o rayos X.** Si su hijo(a) tiene caries, tendrá que recibir el tratamiento adecuado con su dentista.

Después que su hijo(a) sea evaluado, usted recibirá una carta describiendo el proceso y las instrucciones a seguir en caso de que su hijo(a) requiere más asistencia dental. Este programa no deberá remplazar el examen dental hecho en la oficina de su dentista. Para cualquier pregunta llame al, 850-875-9502.

Si usted quiere que su hijo(a) reciba estos servicios, deberá:

Llenar ambos lados, firmar y regresar las formas adjuntas a el/la maestro(a) de su hijo(a).

Crestview Dental Center, 800 Hospital Drive
Crestview, FL 32539 (850) 423-4603

NORTH FLORIDA MEDICAL

Forma de Consentimiento para Tratamiento (favor de firmar donde sea indicado) Regrese al salón de clase

Yo doy permiso a **NORTH FLORIDA MEDICAL** para que mi hijo(a), _____ reciba el tratamiento dental preventivo y para coleccionar el pago de Medicaid en mi nombre y permitirle al dentista el acceso al expediente dental de mi hijo(a).

El tratamiento incluirá un examen dental limitado, evaluación, profesional limpieza, capa de fluoruro, y/o sellador dental. Estos servicios preventivos son muy importantes para ayudar a su hijo(a) a reducir la caries. Junto con una buena limpieza y el uso de hilo dental su hijo(a) debe visitar al dentista cada 6 meses. Estos servicios no sustituyen los exámenes hechos por su dentista. El diagnóstico de caries, la enfermedad de tejido blando, cáncer bucal, la enfermedad de articulaciones tempo mandibular (TMJ) y la maloclusiones dentofaciales solo pueden ser diagnosticadas por un examen dental completo hecho por un dentista.

A las familias elegidas se les dará la oportunidad de registrarse en el programa de Medicaid durante este evento. Los estudiantes que necesiten más atención dental serán referidos a un dentista participante de Medicaid.

Firmando lo siguiente, yo demuestro que leí y entendí el contenido de esta información general/ formulario de historia médica, adjunto a esta forma de consentimiento para el tratamiento y estoy de acuerdo con los términos del convenio y tengo la autoridad legal para dar consentimiento a que mi hijo(a) reciba este servicio, y que he recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de parte de North Florida Medical. Otorgando la información del seguro de salud le permitirá a North Florida Medical coleccionar el costo del servicio, si es aplicable, en su nombre. Yo autorizo el pago de los servicios y beneficios dentales a North Florida Medical. Este consentimiento es válido por 24 meses desde el día que este contrato fue firmado.

Firma Legal de padre /guardián: _____ **Fecha:** _____

Información de seguro —si es aplicable

Número de Seguro Social de su hijo(a) _____ - _____ - _____

Número de identificación de Medicaid de su hijo(a) _____

Nombre del Jefe de Familia: _____

Tiene su hijo(a) otro seguro de salud? Marque si es aplicable

- | Nombre del Seguro de Salud: | Dirección de Reclamaciones and Identificación | Nombre |
|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------|
| <input type="radio"/> Kidcare | _____ | _____ |
| <input type="radio"/> Healthy Kids | _____ | _____ |
| <input type="radio"/> Delta Dental | _____ | _____ |
| <input type="radio"/> Blue Cross/Blue Shield(Dental) | _____ | _____ |
| <input type="radio"/> Medicaid | _____ | _____ |
| <input type="radio"/> NO TENGO SEGURO | | |

NORTH FLORIDA MEDICAL
Información General (favor de imprimir)

Nombre del niño (a): _____ fecha de nacimiento ____/____/____
apellido nombre inicial Mes/Día/Año

de SS del niño(a) : _____ dirección: _____
calle ciudad Estado código postal

Nombre de Padre/guardián: _____ dirección: _____ fecha de nacimiento: _____

Teléfono del hogar: _____ nombre de escuela: _____ Está su hijo(a) en el Programa Almuerzo gratis/reducido?

Recibe Ud. Medicaid? **número de Medicaid del niño(a)** _____ **Sexo:**

Raza: circule lo que aplica [American Indian/Alaska] [Asian] [Hawaiian] [Black] [White] [Pacific Islander/Other]

Idioma que más usa: [Inglés] [Español] [Otros] _____

Tercer Nombre: _____

Etnicidad: [Hispano Latino] [No-Hispano] **Sin hogar?**

Es algún miembro de su familia un trabajador agrícola? **Temporal?** **Migrante?**

Información de salud

[Sí] [No] Tiene su hijo(a) serios problemas de salud? Si cierto, explique: _____

[Sí] [No] Sufre su hijo(a) de asma?

[Sí] [No] Ha sufrido su hijo(a) de fiebre reumática o enfermedad cardiaca reumática?

[Sí] [No] Ha sido su hijo(a) diagnosticado de un soplo cardíaco?

[Sí] [No] Está tomando medicamento(s) su hijo(a)? Si cierto, anótelos: _____

[Sí] [No] Le ha dicho un doctor o dentista que su hijo(a) necesita tomar antibióticos (Penicilina) antes del cuidado dental?

[Sí] [No] Es su hijo(a) alérgico(a) a algún medicamento? Si cierto, anótelos: _____

[Sí] [No] Es su hijo(a) alérgico a látex?

[Sí] [No] Ha sido su hijo(a) examinado por un dentista? Si cierto, fecha del último examen: _____
Cual fue la razón de su visita? _____

[Sí] [No] Durante los último 12 meses necesitó su hijo(a) cuidado dental y no fue posible obtenerlo los servicios?

Si cierto, explique la razon _____

Nombre de su Dentista regular: _____

HIPAA Aviso de Prácticas de Privacidad

Se le ha otorgado un detallado aviso de las Prácticas de Privacidad de North Florida Medical. Esto es un resumen de la información detallada: Como el proveedor del cuidado de su hijo(a), nosotros podemos utilizar la información de su hijo(a) para proveerle los servicios del cuidado de salud. Podemos usar y divulgar la información de salud de su hijo(a) si es necesario al centro de operaciones para poder asegurar que nuestros pacientes reciban la mejor atención posible. Como padre/guardián del niño(a) (nuestro paciente) usted tiene el derecho de inspeccionar y copiar la información medica que nosotros mantenemos, corregir y enmendar dicha información pedir que nos comuniquemos confidencialmente, restringir ciertos usos y divulgaciones de la información de salud de su hijo, y la habilidad de presentar un queja con nosotros si usted piensa que sus derechos has sido violados. Para cualquier pregunta, preocupaciones o quejas sobre El Aviso De Practicas De Privacidad de su información medica favor de llamar al Oficial de Privacidad al: (850) 385-4494.

He leído y entendido el resumen de las Practicas de Privacidad, y doy permiso para que mi hijo(a) participe en el Evento de hoy.

Firma del Padre/tutor **favor de imprimir** **fecha**

Historia medica revisada **Firma del proveedor** **fecha**