

# SCHOOL BASED DENTAL CENTERS ENROLLMENT FORM & INFORMATION

## Escuelas del condado de Kent

Estimado Padre / Tutor:

Como estudiante en los sistemas locales de las Escuelas Públicas del Condado de Kent , su hijo tiene acceso al PROGRAMA DENTAL BASADO EN LA ESCUELA de salud comunitaria de Choptank. La misión del Programa es mejorar la salud de los estudiantes, aumentar el acceso a la atención primaria de salud y disminuir el tiempo perdido en la escuela al brindar atención dentro del entorno escolar. Somos una fuente conveniente de atención médica de calidad que funciona en colaboración con el médico de su hijo y la enfermera de la escuela. Choptank Community Health reconoce la conexión entre la salud y los resultados académicos positivos. CCHS se complace en asociarse con las Escuelas Públicas del Condado de Kent y los Departamentos de Salud del Condado de Kent para asegurar que los estudiantes estén saludables y listos para aprender.

### Servicios disponibles en los programas dentales escolares

Como estudiante en las **Escuelas Públicas del Condado de Kent** , su hijo tiene acceso al **Programa Dental Basado en la Escuela**. El programa es una asociación entre las Escuelas Públicas, los Departamentos de Salud del Condado de Kent y Choptank Community Health (CCHS).

Los servicios pueden incluir:

- Cribado dental para caries
- Limpieza dental y pulido
- Aplicación de fluoruro para ayudar a prevenir o retardar la progresión de las caries (se puede aplicar dos veces)
- Sellantes protectores en los dientes molares
- Educación en salud bucal para cuidar mejor los dientes
- Referencias de emergencia dental a dentistas o médicos

**El programa dental basado en la escuela no reemplaza a su dentista primario.**

Un higienista dental examinará a su hijo para determinar qué servicios se proporcionarán o si es necesaria una referencia. El higienista brinda atención en el entorno escolar que promueve dientes y encías saludables. Su hijo debe ir a su consultorio dental para realizarse un examen completo con radiografías con la frecuencia recomendada por su dentista.

**Si tiene alguna pregunta sobre el programa, comuníquese con CCHS al (410)- 479-4306, ext.1038.**

**Para fuera de horario emergencias médicas y dentales, por favor llamar 443-329-9920.**

## Objetivos de salud bucal



**Hilo diario**



**Beber agua del grifo  
(Contiene fluoruro)**



**Lo ultimo que toca los  
dientes de su hijo antes de  
la cama es el cepillo de  
dientes!**

**Comer bocadillos  
saludables**

## 2022-2023 PROGRAMA DENTAL BASADO EN LA ESCUELA FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN / ACTUALIZACIÓN SERVICIOS DENTALES EN LA ESCUELA

Mi hijo es un estudiante de: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Profesor: \_\_\_\_\_

<u>STUDENT INFORMATION</u>	
Nombre del estudiante _____	
Direccion: _____ _____	
DOB: ____/____/____	Anos: ____ Macho/Femenino
SEGURIDAD SOCIAL #: _____	
Carrera: _____	HISPANIC/LATINO?: Si / NO
Idioma Preferido: _____	
DOCTOR: _____	TELÉFONO: _____
DENTISTA: _____	TELÉFONO: _____
FARMACIA: _____	TELÉFONO: _____

<u>PARENT/GUARDIAN INFORMATION</u>	
Nombre: _____	
RELACION: _____	
IDIOMA PREFERIDO: _____	
#1 TELÉFONO: _____	
#2 TELÉFONO: _____	
CORREO ELECTRÓNICO: _____	
ESTUDIANTE VIVE CON: _____	
CONTACTO DE EMERGENCIA: _____	
RELACIÓN : _____	
TELÉFONO: _____	TELÉFONO: _____

<u>DENTAL INSURANCE</u>	
NOMBRE DEL SEGURO: _____	POLÍTICA / ID DE MIEMBRO #: _____
ABONADO: _____	GRUPO #: _____
DIRECCIÓN DE RECLAMACIONES: _____	

       [Quiero inscribir a mi hijo en el programa dental basado en la escuela](#)

Entiendo que mi firma otorga el consentimiento para que los Proveedores del Programa Dental de Base Escolar de CCHS traten a mi hijo y se comuniquen con el proveedor de atención médica primaria de mi hijo. Le doy permiso a CCHS para llamar a mi casa, dejar un mensaje en una máquina o con una persona con respecto a la información médica. Entiendo que la información de salud de mi hijo se utilizará para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. CCHS también puede enviar por correo información médica a mi casa. Reconozco que los directorios escolares se pueden usar para obtener información en blanco en el formulario de inscripción. El registro de inmunización de mi hijo puede ser compartido entre la enfermera de la escuela y el programa dental basado en la escuela. Para fines de coordinación de la atención y administración de casos, el personal clínico de la escuela tendrá acceso a los registros de salud del SBDP y el personal clínico de la escuela compartirá la información de salud con el personal del SBDP, y. El personal clínico de la escuela debe tratar la información del registro de salud de SBDP como confidencial y cumplir con la Regla de privacidad de HIPAA. Bajo ninguna circunstancia, los registros de SBDP se convierten en parte del registro de salud escolar del estudiante. Entiendo que los servicios proporcionados a mi hijo se facturarán a mi compañía de seguros o Asistencia médica. Puedo recibir una factura de CCHS por copagos y / o deducibles. Entiendo que mi firma indica que he tenido la oportunidad de recibir y revisar el Aviso de prácticas de privacidad de Choptank Community Health. Si no tengo seguro, se me facturará el costo total de los servicios o con un descuento de tarifa variable, si corresponde.

Firma del Padre / Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE SALUD

Office Use:	LC:	NA:	INS.	E	I	SF
	OHI	Prophy	FL2		Sealants	

Office Use:	
<input type="checkbox"/> Posted	<input type="checkbox"/> Scanned
Date Entered: _____	

STUDENT Name: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

### HISTORIA DE LA SALUD DENTAL

LISTE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE SU HIJO TOMA EN UNA BASE DIARIA:

MEDICACIÓN: _____	DOSIS: _____ mg	DIRECCIONES: _____
MEDICACIÓN: _____	DOSIS: _____ mg	DIRECCIONES: _____
MEDICACIÓN: _____	DOSIS: _____ mg	DIRECCIONES: _____

SI / NO ¿MI HIJO TIENE MEDICAMENTOS / ALIMENTOS / ALERGIAS AMBIENTALES?  
SI ES SÍ, POR FAVOR LISTA: \_\_\_\_\_

SI / NO ¿HA TENIDO SU HIJO ALGUNAS HOSPITALIZACIONES O CIRUGÍAS RECIENTES?  
SI ES SÍ, POR FAVOR LISTA: \_\_\_\_\_

SI / NO ¿ALGUIEN FUMA EN LA CASA? SI / NO ¿DROGAS / ADICCION AL ALCOHOL?

SI / NO ¿HA DENUNCIADO SU HIJO AL DOLOR DENTAL EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES?

SI / NO ¿HA VISTO SU HIJO A UN DENTISTA EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES? ¿ÚLTIMA VISITA?: \_\_\_\_\_

\*Si su hijo tiene una afección cardíaca, adjunte una carta de autorización médica al formulario de inscripción.

### STUDENT HISTORY

HAS CHILDEVER HAD ANY OF THE FOLLOWING?  
(circle "yes" or "no")

- SÍ NO AGREGAR / ADHD
- SI NO ANEMIA
- SI NO ASMA / RESPIRACION
- SI NO DESORDEN DE LA SANGRE
- SÍ NO CÁNCER
- SI NO DISCAPACIDAD
- SI NO DIABETES
- SÍ NO DOLOR DE CABEZA / MIGRAÑA
- SÍ NO AUDIENCIA / VISIÓN
- SÍ NO PROBLEMAS DEL CORAZÓN
- SI NO ALTA PRESION DE SANGRE
- SÍ NO RIÑÓN / VEJIGA
- SI NO ENVENENAMIENTO CON PLOMO
- SÍ NO PROBLEMAS DE HÍGADO
- SI NO ENFERMEDAD MENTAL
- SI NO OBESIDAD
- SÍ NO CONVOCATORIAS / EPILEPSIA
- SÍ NO PROBLEMAS DE PIEL
- SI NO PROBLEMAS DE ESTOMAGO
- SÍ NO CARRERA
- SÍ NO PROBLEMAS DE TIROIDES
- SÍ NO CARGADO DE DIENTES
- SÍ NO TUBERCULOSIS

OTHER: \_\_\_\_\_

### FAMILY HISTORY

HAS AN IMMEDIATE FAMILY MEMBER (parent, sibling, grandparent) EVER HAD ANY OF THE FOLLOWING? (circle "yes" or "no")

- SÍ NO ADD / ADHD ¿Quién?: \_\_\_\_\_
- SÍ NO ANEMIA ¿Quién?: \_\_\_\_\_
- SÍ NO ASMA / RESPIRACIÓN ¿Quién?: \_\_\_\_\_
- SÍ NO TRASTORNO DE SANGRE ¿Quién?: \_\_\_\_\_
- SÍ NO CÁNCER ¿Quién?: \_\_\_\_\_
- SÍ NO DESARROLLAR. DISCAPACIDAD ¿Quién?: \_\_\_\_\_
- SÍ NO DIABETES ¿Quién?: \_\_\_\_\_
- SÍ NO DOLOR DE CABEZA / MIGRAÑA ¿Quién?: \_\_\_\_\_
- SÍ NO AUDIENCIA / VISIÓN ¿Quién?: \_\_\_\_\_
- SÍ NO PROBLEMAS DEL CORAZÓN ¿Quién?: \_\_\_\_\_
- SÍ NO ALTA PRESIÓN ARTERIAL ¿Quién?: \_\_\_\_\_
- SÍ NO RIÑÓN / VEJIGA ¿Quién?: \_\_\_\_\_
- SI NO ENVENENAMIENTO CON PLOMO ¿Quién?: \_\_\_\_\_
- SÍ NO PROBLEMAS DE HÍGADO ¿Quién?: \_\_\_\_\_
- SÍ NO ENFERMEDAD MENTAL ¿Quién?: \_\_\_\_\_
- SÍ NO OBESIDAD ¿Quién?: \_\_\_\_\_
- SÍ NO EMBARAZOS / EPILEPSIA ¿Quién?: \_\_\_\_\_
- SÍ NO PROBLEMAS DE PIEL ¿Quién?: \_\_\_\_\_
- SÍ NO PROBLEMAS DE ESTÓMAGO ¿Quién?: \_\_\_\_\_
- SÍ NO CARRERA ¿Quién?: \_\_\_\_\_
- SÍ NO PROBLEMAS DE TIROIDES ¿Quién?: \_\_\_\_\_
- SÍ NO CARDICIÓN DENTAL ¿Quién?: \_\_\_\_\_
- SÍ NO TUBERCULOSIS ¿Quién?: \_\_\_\_\_

OTHER: \_\_\_\_\_

Información Adicional: \_\_\_\_\_

POR FAVOR DEVUELVA LA INSCRIPCIÓN COMPLETA A SU ENFERMERA ESCOLAR. ¡GRACIAS!

Documented and reviewed by: \_\_\_\_\_