

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Aula o Maestro: \_\_\_\_\_

\*Por favor complete y devuelva esta forma a su escuela lo antes posible\*



## Toothsavers, Programa de salud oral

¿Qué es Toothsavers?

Toothsavers es un programa móvil de salud bucal que ofrece servicios dentales preventivos seguros y sin dolor en las escuelas de Washington durante el horario escolar.

La caries dental es la enfermedad crónica número uno entre los niños. Si no se tratan, las caries pueden provocar otras infecciones y enfermedades.

El CDC (Centro para el Control de Enfermedades) informa que los selladores dentales reducen la caries dental en un 80%.

Toothsavers ofrece:

Exámenes de salud bucal: un examen visual para verificar la salud de los dientes / boca y detectar problemas o emergencias dentales.

Selladores dentales: un escudo protector del color de los dientes que se coloca en los dientes en la parte posterior de la boca, donde los niños tienen caries con más frecuencia.

Barniz de fluoruro: un gel de fortalecimiento de los dientes que se aplica con brocha para agregar una capa de protección contra las caries.

Fluoruro de plata diamina: un líquido seguro y no invasivo que, cuando se coloca en las primeras cavidades, puede detener el proceso de descomposición y posiblemente evite la necesidad de un empaste dental. Visite [www.toothsaversofwashington.com](http://www.toothsaversofwashington.com) o [www.ebd.ada.org](http://www.ebd.ada.org) para obtener más información.

**Por favor complete la siguiente información:**

Nombre del estudiante: (Primero) \_\_\_\_\_ (segundo) \_\_\_\_\_  
(apellido) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: (mes/día/año) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hombre/Mujer

Raza: (por favor elija todo lo que corresponda, por propósitos de igualdad):

\_ blanco \_ negro/afroamericano \_ asiático \_ americano nativo/nativo de Alaska \_ hispano \_ nativo de Hawái/isleño del pacífico \_ otro

Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Le podemos enviar mensajes de texto para avisarle de actividades?    Sí\_ No\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Firma de padres o guardián: \_\_\_\_\_

Nombre de padres o guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*Este formulario sirve como consentimiento informado para los servicios. Al inscribirse, su hijo será visto dos veces al año en su escuela (otoño y primavera). Puede optar por no participar en el programa Toothsavers en cualquier momento mediante un aviso por escrito. Se requerirá un formulario de actualización de la información y la salud todos los años y se le enviará por correo / correo electrónico.

**¿Cómo quiere pagar?**

Medicaid/Apple Health – Escriba los 9 números que aparecen en su tarjeta de seguro (que terminan en WA) aquí: \_\_\_\_\_

Seguro privado – No se necesitaría pagar el copago de su seguro. Anexar una copia de los dos lados de su tarjeta de seguro.

Nombre del dueño de la póliza (típicamente el representante) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del dueño de la póliza \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de seguro social del dueño de la póliza \_\_\_\_\_ (toda la información es confidencial)

Tarjeta de Crédito - \*sus cargos en efectivo nunca sobrepasarán los \$100\*

Número de tarjeta de crédito: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ los 3 dígitos en la parte de atrás: \_\_\_\_\_

Usted recibirá un recibo vía correo electrónico o mensaje de texto. \*Montos de tarifas de bajo costo que se enumeran en el reverso\*

### ¿Su hijo tiene alguna de las siguientes condiciones?

Convulsiones \_\_\_\_ Soplo cardíaco \_\_\_\_ Problemas cardíacos \_\_\_\_ Hepatitis o VIH \_\_\_\_ Diabetes \_\_\_\_ Asma \_\_\_\_  
Alergia a la plata \_\_\_\_ Autismo o espectro \_\_\_\_ Trastorno sensorial \_\_\_\_ Trastorno del comportamiento \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_  
\_\_\_\_ Otras alergias o problemas de salud que debemos tener en cuenta:  
\_\_\_\_\_

### ¿Su hijo tiene dentista?

**Yes** Nombre del dentista: \_\_\_\_\_  **No** Quiere que haga un referido?

( YES / NO )

\*Dentistlink lo llamará para ayudarlo a conectarse con un proveedor dental en su área.\*

### El programa de Toothsavers usa toda la precaución necesaria para proteger a su niño. Seguimos estrictos protocolos de desinfección y pautas de control de infecciones del CDC.

- Solo se aceptará un niño a la vez, en el área de la clínica.
- Todos los proveedores dentales siguen estrictos protocolos de lavado y desinfección de manos.
- Todos los proveedores dentales usan el PPE adecuado para incluir: guantes sin látex, máscaras de nivel 3, protectores faciales, batas de laboratorio y cubiertas para la cabeza. Solo se utilizan suministros desechables nuevos, estériles o envueltos individualmente
- Toallitas y aerosoles desinfectantes de grado hospitalario utilizados en todos los equipos o áreas de contacto entre el paciente y el proveedor dental
- Operación de una unidad purificadora de aire con filtro absorbente de partículas de alta eficiencia portátil en el área de la clínica
- Solo se utilizará aire y agua, no se utilizarán otros procedimientos dentales que produzcan aerosoles ---
- Todos los cepillos de dientes y los premios que se entreguen serán envueltos o empaquetados individualmente.

#### 1. ¿Qué pasa si mi hijo ya tiene un dentista?

¡Eso es genial! ¡Su hijo todavía puede ver Toothsavers! Nuestros servicios se facturan por separado de las visitas al consultorio del dentista.

Sin embargo, no deben reemplazar las visitas regulares al dentista. Si su hijo no tiene un dentista habitual, trabajaremos para derivarlo a uno.

#### 2. ¿El seguro cubre estos servicios?

Si. Aceptamos Apple Health / Medicaid (que cubre el 100% de nuestras tarifas) y seguros privados.

También ofrecemos tarifas de costo reducido si no tiene seguro.

### ¿Cuál es mi costo?

- **Apple Health/Medicaid – NINGUN COSTO**
- **Seguro privado – Ningún costo/copago de su seguro**
- **Costos en efectivo –**
  - Examen oral visual \$10.00
  - Barniz de flúor \$12.00
  - Selladores dentales \$20.00 cada uno (generalmente 4 molares a los 6 años y 4 molares a los 12 años)

\*\*\* sus costos en efectivo nunca serán más de \$100 sin importar cuantos servicios se haga\*\*\*

Toothsavers trabajara con familias para establecer un plan de pago si usted no puede pagar al momento. Llame al (509)676-6060 para hacer los arreglos respectivos.