

Servicio Dental Móvil

va a visitar su escuela este año escolar 2024-2025



Los servicios dentales son proveídos por una Higienista Dental Registrada de Grace Health

Su niño podría recibir

- Examen dental
- Salud bucal
- Barniz de flúor
- Selladores
- Limpieza
- Fluoruro de diamina de plata



Por favor complete los formularios de consentimiento adjuntos y luego devuélvaselos al maestro de su hijo o envíelos por correo electrónico a:
PortableConsent@gracehealthmi.org

Antes de que Grace Health vaya a su escuela para recibir servicios dentales, se enviará un recordatorio a su casa.

Comuníquese con el Coordinador de Odontología Portátil si tiene preguntas o inquietudes al 269-441-6805

Los servicios dentales están disponibles para todas las personas que no tienen seguro médico o que tienen Medicaid. Estos servicios se brindarán sin costo alguno para usted.

Urgencias dentales fuera del horario de atención: llame al 269-965-8866 para hablar con una enfermera



Consentimiento Para el Servicio Dental Móvil

Escuela _____
 Grado _____
 Maestro(a) _____

Este consentimiento es para servicios dentales para su niño/a en su escuela.
Por favor complete la información, firme y coloque la fecha en la parte de abajo.

Apellido del niño/		Nombre		Inicial del segundo nombre		Fecha de nacimiento		Sexo		
Dirección			Número de Apt.		Ciudad		Estado		Código postal	
Padre-Madre de Familia / Tutor Legal		Fecha de nacimiento		Número telefónico del hogar ()		Número telefónico de la Madre durante el día ()		Celular de la Madre ()		
Padre-Madre de Familia / Tutor Legal		Fecha de nacimiento		Número telefónico del hogar ()		Número telefónico del Padre durante el día ()		Celular del Padre ()		
Raza		<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro / Africano Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano <input type="checkbox"/> De otra Isla del Pacífico		<input type="checkbox"/> No denunciado / Rehusó reportar <input type="checkbox"/> Otra _____				
Etnicidad		<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No reportado / Rehusó reportar		Lenguaje		<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Birmano <input type="checkbox"/> Otro _____				

El reportar el tamaño anual del hogar y los ingresos es un requisito del gobierno que permitirá a Grace Health seguir recibiendo fondos para brindar servicios especiales a nuestros pacientes. Por favor, apoye estos programas proporcionando la siguiente información:

Número de personas que viven en el hogar: _____ Ingreso total del hogar: _____ Elijo no divulgar: _____

Información Médica

Nombre del Médico de cabecera
Mi niño toma medicamentos <input type="checkbox"/> sí / <input type="checkbox"/> no Si contestó sí, por favor escriba los nombres de los medicamentos:
Mi niño tiene: • Alergias..... <input type="checkbox"/> sí / <input type="checkbox"/> no Si contestó sí, por favor indique cuales:
• Asma..... <input type="checkbox"/> sí / <input type="checkbox"/> no Si contestó sí, ¿necesitará un inhalador para la visita dental?..... <input type="checkbox"/> sí / <input type="checkbox"/> no
• Problemas del corazón tal como válvula artificial del corazón, endocarditis previa, válvulas del corazón dañadas (cicatrizadas), defectos congénitos del corazón, trasplante de corazón <input type="checkbox"/> sí / <input type="checkbox"/> no

Información Dental

¿Tiene su niño seguro médico dental? <input type="checkbox"/> sí / <input type="checkbox"/> no
Compañía de Seguro Médico:
Dentista de mi niño:
¿Ha tenido su hijo una limpieza en los últimos 6 meses?

Entiendo que al firmar este formulario, estoy dando mi consentimiento para que:

- ▶ mi niño reciba servicios dentales que pueden incluir revisión dental (para enfermedad dental) instrucción de salud bucal, aplicación de barniz de flúor, sellantes y una limpieza.
- ▶ permitan que el personal de Grace Health libere los registros dentales de mi niño(a) a su escuela.
- ▶ permitan que el personal de Grace Health tome fotos de la revisión de mi niño para propósitos educativos/mercadeo.
- ▶ los servicios completados pueden afectar los beneficios del seguro médico de mi niño(a) con su dentista primario. Por favor llámenos con cualquier pregunta.

Al firmar, reconozco también que he recibido una copia del Aviso de Privacidad de Prácticas de ésta oficina.

 (Firma del Padre ó Tutor Legal)

 (Fecha)

Por favor, devuelva este formulario al Maestro(a) de salón

For Office Use Only

Child's Last Name	First Name	Middle Initial	Date of Birth	Sex
-------------------	------------	----------------	---------------	-----

Date	School
------	--------

Teacher	Grade	Chart #
---------	-------	---------

(please circle or check appropriate box)

Screening – Oral Hygiene Assessment

- Excellent:** no plaque or food debris / no inflammation
- Good:** slight plaque and food debris / slight gingival inflammation
- Fair:** moderate plaque and food debris / moderate inflammation observed
- Poor:** heavy plaque and food debris / significant inflammation observed

Caries Risk Assessment

- Low
- Moderate
- High

Patient experiencing dental symptoms and/or exhibits apparent pathology

- No
- Yes – Comments _____

Patient sees dentist regularly

- Yes
- No

Prophylaxis

- Yes
- No

Fluoride Varnish Application

- Yes
- No

Sealants – tooth number(s)

- | | | | |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 14 | <input type="checkbox"/> 18 | <input type="checkbox"/> 30 |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 15 | <input type="checkbox"/> 19 | <input type="checkbox"/> 31 |

Sealants – retention check

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 2 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | 14 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | 18 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | 30 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| 3 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | 15 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | 19 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | 31 <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |

Comments: _____

Hygienist Signature: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL FLUORURO DE DIAMINA DE PLATA

Datos a tener en cuenta:

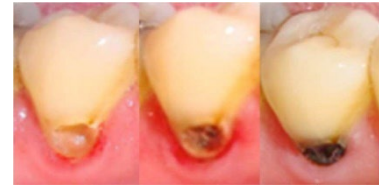
- El fluoruro de diamina de plata (SDF) es un líquido que ayuda a detener la caries dentales. El SDF se puede aplicar cada 3, 6 o 12 meses.
- Se puede aplicar una pequeña cantidad de SDF en la zona del diente cariado.
- Después de la aplicación del SDF, no comer ni beber durante 30 minutos.



Beneficios de recibir SDF:

- Ayuda a detener la caries.
- Rápido.
- No es necesario anestesiarse ni perforar los dientes.
- No duele.

Imágenes de manchas causadas por SDF



Riesgos de recibir SDF:

- La zona afectada se manchará de negro de forma permanente. Esto significa que el SDF está funcionando.
- Los empastes y coronas de color del diente pueden decolorarse si se les aplica SDF. Las estructuras dentales sanas no se mancharán.
- Si se aplica accidentalmente sobre la piel o las encías, puede aparecer una mancha marrón o blanca que no causa daño, no se va al lavarse y desaparecerá en una a cuatro semanas.
- Puede manchar la ropa de forma permanente.
- Puede que no detenga la carie. Es posible que sea necesario aplicar más SDF otro día.
- Después del tratamiento con SDF, es posible que aún se necesite un empaste o una corona.
- No todas las caries se pueden tratar con SDF.

Riesgo si no se trata:

- Si la carie NO se trata, puede empeorar y usted podría perder el diente o necesitar más trabajo dental para salvarlo. Si no se trata, puede sufrir dolor de diente o muela o una afección potencialmente mortal.

No debo recibir tratamiento con SDF si:

- 1) Soy alérgico a la plata
- 2) Tengo llagas dolorosas o áreas en carne viva en mis encías o en cualquier otra parte de mi boca.

HE LEÍDO Y ENTIENDO ESTE FORMULARIO. TODAS MIS PREGUNTAS SOBRE EL TRATAMIENTO, INCLUYENDO LOS BENEFICIOS, EFECTOS SECUNDARIOS Y RIESGOS, FUERON RESPONDIDAS.

Doy consentimiento y autorizo _____ utilizar fluoruro de diamina de plata para ayudar a detener las caries dentales.

Nombre _____ del _____ paciente: _____

Nombre del Padre o tutor: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Aviso de Privacidad de Prácticas

Este aviso describe la manera en que su información de salud puede ser usada o revelada y cómo puede usted obtener acceso a esta información. Por favor revísela cuidadosamente.

Nosotros creamos un registro de todos los servicios médicos, farmacia y dentales que usted recibe en Grace Health. Este registro contiene información acerca de sus síntomas, análisis, resultados de exámenes, rayos x, diagnósticos, tratamiento, nuestro plan para cuidado futuro y los servicios que nosotros hemos provisto.

En Grace Health, respetamos a nuestros pacientes y su información personal. Estamos comprometidos a proteger la privacidad de los registros de nuestros pacientes. También se nos requiere por leyes estatales y federales a mantener la privacidad de información de salud protegida.

Uno de los requisitos de las Reglas de Privacidad federales es proveer al paciente con un Aviso de Privacidad de Prácticas. Este aviso dice cómo nosotros podemos usar su información de paciente y cómo puede ser revelada a otros. También explica sus derechos y algunas de nuestras obligaciones legales con respecto a sus registros de salud.

Usos y revelaciones de información de salud

Los empleados de Grace Health pueden usar o revelar su información de paciente para proveer tratamiento, obtener pago y llevar a cabo operaciones de cuidado de salud.

Tratamiento: Su información de paciente es usada por las personas encargadas de su cuidado de salud en nuestra oficina. También podríamos compartir información con otros que nos estén ayudando a proveerle tratamiento a usted, tales como especialistas, hospitales, laboratorios o farmacias.

Pago: Su información de paciente podría ser usada mientras nosotros cobramos o recaudamos pagos para el tratamiento y servicios que usted recibe. Nosotros podríamos contactar su compañía de seguro para verificar beneficios, y podríamos compartir la información con ellos para obtener pago por los servicios que nosotros hemos provisto o para solicitar autorización para tratamiento. Información podría ser revelada a nuestra agencia de cobro en caso de que algún servicio no haya sido pagado.

Operaciones: Nosotros podríamos usar su información de salud mientras operamos y manejamos nuestra práctica y para asegurarnos de que usted y nuestros otros pacientes reciban cuidado de calidad. Esto incluye el usar información del paciente para evaluar el desempeño de nuestro personal, para conseguir maneras de ser más eficientes y para decidir que servicios ofrecer. Cuando se comparte información con otros que proveen servicios comerciales para nuestra organización, también se les requiere que protejan la privacidad de la información de nuestro paciente.

Recordatorio de citas y dejando mensajes: Nosotros podríamos comunicarnos con usted o dejarle un mensaje en su correo de voz o con algún miembro de su casa para recordarle de su cita. También podríamos dejar mensajes en cuanto al estatus de servicios que estamos proveyendo para usted o para solicitar que nos llame de vuelta.

Mensajes de textos: Si usted nos proporciona su número de celular, podemos mandarle en mensajes de texto recordatorios de citas, alertas de pagos, información sobre pruebas, citas y otros procedimientos. Recibir mensajes de texto es opcional, por lo tanto, usted puede decidir no participar.

Otra comunicación electrónica: Podemos, de una forma segura, enviarle o recibir mensajes a través del Portal del Paciente. Nosotros no usamos correo electrónico para comunicarnos con pacientes individuales o recibir mensajes de ellos.

Alternativas para tratamiento: Podríamos decirle o recomendarle posibles opciones para tratamiento o alternativas que podrían ser de interés para usted.

Recaudación de fondos: Algunos pacientes pueden recibir cartas pidiendo donaciones para Grace Health. Si no quiere ser parte de esa lista de correo, nos puede contactar por teléfono o correo.

Situaciones de emergencia: En el caso de una emergencia médica, su información podría ser revelada sin obtener una autorización firmada para prevenir demoras en tratamiento. Es posible que no podamos cumplir con restricciones normales en cuanto a uso o revelación si se requiere tratamiento de emergencia. Nosotros podríamos informarle a miembros de su familia, proveedor de cuidado, y/o amistades cercanas en caso de una emergencia médica o si usted está incapacitado. También podríamos compartir información relacionada a su participación en su cuidado de salud, basado en nuestro juicio profesional si determinamos que es de beneficio para usted.

Revelaciones permitidas por la ley: Nosotros podríamos revelar información acerca de usted sin su permiso si es permitido o requerido por la ley. Esto incluye las siguientes situaciones:

- Registro de inmunizaciones – Los registros de inmunizaciones serán reportados al Michigan Care Improvement Registry (MCIR).

(terminado)

- Autoridades de salud pública – Nosotros revelaremos información al departamento de salud de su condado si usted tiene una de las enfermedades contagiosas que deben ser reportadas bajo la ley de Michigan. Información puede ser reportada a agencias estatales o federales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, heridas en el lugar de trabajo y eventos adversos relacionados a alimentos o productos médicos.
- Substancias controladas – Si nuestra farmacia dispensa una sustancia controlada, nosotros reportaremos al estado de Michigan todos los detalles de la prescripción y de su Identificación Personal (ID) emitida por el gobierno Estatal
- Orden de corte – Nosotros revelaremos cualquier información solicitada en una orden de corte o en una citación emitida por un oficial de las cortes.
- Información confidencial de menores – Si usted es un menor solicitando su propio cuidado como permitido por la ley, nosotros podríamos contactar a sus padres con información acerca de su condición si es determinado médicamente necesario por un proveedor de salud. Sus padres también pueden enterarse del tratamiento si ellos son los responsables de pagar por los servicios.
- Descuido o abuso – Nosotros informaremos a servicios de protección infantil o servicios de protección de adultos en casos de sospecha de abuso o descuido como es requerido por la ley.
- Abuso doméstico – Nosotros informaremos a las autoridades casos de abuso doméstico como es requerido por la ley.
- Aplicación de la ley – Nosotros podríamos revelar información a agencias encargadas de aplicar la ley si fuera necesario para prevenir una seria situación de salud o una amenaza de seguridad o para localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo o a una persona desaparecida. Nosotros podríamos revelar información a autoridades para investigación de actividades ilegales que involucren sustancias controladas.
- Registros dentales – Los registros dentales pueden ser revelados a autoridades para identificar a una persona muerta o desaparecida.
- Pacientes difuntos – Información sobre pacientes difuntos puede ser revelada al examinador médico, director de funeraria o a una junta de repaso institucional tal como Fetal Infant Mortality Review.

Integrated Health Partners (IHP): Somos miembros de esta organización que une a médicos con el hospital cuyas actividades incluyen apoyo de seguros médicos, mejoría de calidad y colaboración comunitaria para enfermedades crónicas y manejo de casos. Su información puede ser compartida con el personal de IHP y proveedores socios para esos propósitos.

Intercambio de Información de la Salud: Otras organizaciones de cuidados de salud que proporcionan cuidados para usted y servicios de archivos clínicos que proporcionan información a su compañía de seguro médico puede que tengan la habilidad de examinar sus archivos de salud electrónicamente. Póngase en contacto con su Oficial de Privacidad si usted desea optar no ser parte de este Intercambio Electrónico.

Grabación de videos: Con su aprobación por escrito, su cita médica con un proveedor que esté haciendo su residencia podría ser grabada para usos educativos.

Otros usos y revelaciones: Nosotros obtendremos de usted o su representante legal una autorización por escrito para cualquier uso o revelación que no esté descrita en la parte superior, que no sea permitido por la ley o no relacionada a tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud. Usted puede revocar una autorización previamente hecha proveyendo un aviso por escrito.

Notificación de infracción: Nosotros haremos todo esfuerzo para proteger la privacidad de su información de salud. Si se diera algún caso de infracción en confidencialidad, le notificaremos por correo.

Derechos del Paciente

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a sus registros médicos o dentales:

- Derecho de solicitar restricciones en el uso o revelación – Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros pongamos limitaciones en nuestro uso o revelación de su información de paciente. Nosotros tenemos el derecho de no estar de acuerdo con la restricción solicitada.
- Derecho de recibir comunicaciones confidenciales – Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros usemos métodos alternos para comunicarnos con usted. Nosotros tenemos el derecho de no estar de acuerdo con su solicitud.
- Derecho para inspeccionar y copiar – Usted tiene el derecho de hacer una cita para repasar sus registros médicos o dentales. Usted también puede solicitar recibir una copia de sus registros a un costo razonable. Usted puede solicitar que los registros sean en formato electrónico.
- Derecho de enmendar – Usted tiene el derecho de añadir una declaración por escrito a su registro para aclarar o corregir la información dentro de su expediente médico o dental.
- Derecho de recibir revelaciones de contabilidad – Usted tiene el derecho de solicitar una lista de todas las revelaciones hechas sin su autorización por escrito que no fueron hechas para el propósito de tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud.
- Derecho de restringir revelaciones a planes de salud: Si usted paga en su totalidad por servicios, usted puede solicitar que información sobre esas visitas no sean proveídas a su plan de seguro médico.

Cambios a este aviso

Nosotros reservamos el derecho de revisar este aviso cuando haya habido un cambio material en nuestras prácticas de privacidad. Nosotros cumpliremos con los términos del aviso actualmente en efecto. La versión actual del aviso será fijado en Grace Health y en nuestro sitio web www.gracehealthmi.org. Usted puede contactarnos para recibir una copia por escrito.

Preguntas o quejas

Si usted tiene preguntas acerca de este aviso o acerca de las prácticas de seguridad del Grace Health, por favor comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad al (269) 965-8866. Si usted piensa que sus derechos de privacidad han sido violados, puede comunicarse con nuestro Oficial de Privacidad. Usted también puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos. No se tomarán represalias contra usted por haber presentado una queja.