

# 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

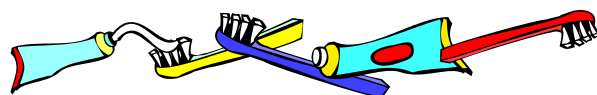
Su niño podría recibir:

- Revisión Dental
- Salud bucal
- Barniz de flúor
- Sellantes
- Limpieza
- Fluoruro diamino de plata



Los Servicios Dentales están disponibles para todos, los que no tienen seguro médico o los que tienen Medicaid, sin costo alguno para su familia.

\*Emergencia Dental después de horas:  
Llame al 269-965-8866 para hablar con una enfermera \*



Por favor, complete los formularios de consentimiento que se encuentran adjuntos y devuélvalos al maestro(a) de su niño(a) o mándelos

Por correo electrónico a:

[PortableConsent@gracehealthmi.org](mailto:PortableConsent@gracehealthmi.org)

Antes de que el Servicio Dental Móvil vaya a la escuela de su niño(a), se enviará un recordatorio a su hogar.

Si tiene alguna pregunta o preocupación, comuníquese con el Coordinador de Servicio de Dental Móvil al 269-441-6805.





## Formulario de Consentimiento Para el Servicio Dental Móvil/portátil

Escuela: \_\_\_\_\_  
 Grado: \_\_\_\_\_  
 Maestro(a): \_\_\_\_\_

Este formulario de consentimiento autoriza al personal de Grace Health a brindar servicios dentales.  
**Por favor complete la información, firme y coloque la fecha en la parte de abajo.**

Apellido del niño(a)		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"/> Nativo Hawaiano	<input type="checkbox"/> Elijo no divulgar	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> De otra Isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otra _____		
Etnicidad	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino	<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	Lenguaje	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> No reportado / Elijo no divulgar	<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 de mi niño(a):
Mi niño toma medicamentos ..... <input type="checkbox"/> sí / <input type="checkbox"/> no Si contestó sí, por favor escriba los nombres de los medicamentos:
<b>Mi niño tiene:</b> • 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 primario del paciente:
¿Ha tenido su hijo una limpieza en los últimos 6 meses?

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

- ▶ Permitir que se realicen servicios dentales en mí o en mi hijo(a). Soy consciente de que estos servicios pueden incluir exámenes (para detectar enfermedades dentales), instrucción sobre salud bucal, barniz de flúor, aplicación de fluoruro de diamina de plata, selladores y limpieza.
- ▶ Permitir que el personal de Grace Health realice los servicios dentales necesarios en mí o en mi hijo(a) desde la Unidad Dental Móvil de Grace Health o desde un área designada dentro de la escuela de mi hijo cuando sea necesario.
- ▶ Permitir que Grace Health entregue los registros dentales de mi hijo a su escuela, si corresponde.
- ▶ Que Grace Health tome/use fotos de mí o de mi hijo durante los servicios dentales con fines educativos/ o de marketing.
- ▶ Realizar voluntariamente servicios dentales, lo que puede afectar los beneficios del seguro mío o de mi hijo, con mi /o su dentista primario.

*Por favor comuníquese con el Coordinador de Dental de Grace Health al 269-441-6805 si tiene alguna pregunta.*

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

Reconozco que he recibido una copia del Aviso de prácticas de privacidad de Grace Health. Pude hacer todas las preguntas que tenía sobre la información anterior y recibí respuestas satisfactorias a todas mis preguntas, de una manera que puedo comprender.

\_\_\_\_\_  
 (Firma del Padre o Tutor Legal)

\_\_\_\_\_  
 (Fecha)

**Grace Health Staff 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)**

- 2             14             18             30
- 3             15             19             31

**Sealants – retention check**

- 2  Yes  No      14  Yes  No      18  Yes  No      30  Yes  No
- 3  Yes  No      15  Yes  No      19  Yes  No      31  Yes  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).

- 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.
- Sustancias 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](http://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.

