

Área de cobertura:
Condados de Halifax, Northampton,
Warren, Vance y Granville.



UNIDAD DENTAL MÓVIL



CONSENTIMIENTO PARA SERVICIOS ODONTOLÓGICOS - UNIDAD MÓVIL

Datos de contacto de los padres o tutores:

Teléfono fijo (_____) _____ Celular (____) _____ ¿Podemos enviarle mensajes de texto? ☐ Sí ☐ No

Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Código postal: _____

Datos del niño

Por la presente, doy mi consentimiento para que mi hijo/a, (nombre del niño/a) _____, reciba atención dental en la Unidad Dental Móvil de Rural Health Group mientras se encuentra en el colegio, sin mi presencia.

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Nombre de la escuela _____

Raza: Negro o afroamericano ☐ Blanco o caucásico ☐ Asiático ☐ Indígena americano/nativo de Alaska ☐ Origen étnico: Hispano, no hispano, ☐
mexicano, indio americano, ☐ Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico ☐ Otro: _____

Información sobre el seguro:

(Marque una opción y el número de la aseguradora, si aplica):

No. de Medicaid: _____ Sin seguro dental (marque con un círculo y consulte el reverso) Nombre del seguro dental privado: _____

Nombre del titular de la póliza/garante y fecha de nacimiento _____ No. de identificación _____

Número de teléfono del seguro: _____

Historial dental:

¿Ha acudido su hijo al dentista en los últimos 12 meses? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene su hijo un dentista habitual? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique el nombre del dentista o del consultorio: _____

¿Es RHG Dental el proveedor habitual de atención dental de su hijo? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es «No», ¿le gustaría que RHG Dental fuera el proveedor de atención dental habitual de su hijo?

¿Cuándo fue la última revisión dental y limpieza de su hijo? Mes/Año _____

Si su hijo no tiene un dentista habitual, ¿tiene algún problema dental en este momento? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "sí", explique: _____



Información médica:

Medicamentos que toma actualmente: _____

Alergias (medicamentos, alimentos, etc.): _____

Médico del niño: _____ No. de teléfono: (____) _____ - _____

Marque con un círculo cualquier afección que su hijo padezca actualmente o haya padecido alguna vez:

Problemas cardíacos ☐ Asma ☐ Epilepsia/Convulsiones ☐ Hepatitis (A/B/C) ☐ Tuberculosis ☐ SIDA/VIH ☐ Diabetes ☐ TDAH ☐ Cáncer

Espina bífida ☐ Prótesis articulares ☐ Desmayos/mareos ☐ Anemia falciforme ☐ Parto prematuro ☐ Trastorno hemorrágico ☐

En caso afirmativo, facilite detalles y/u otros problemas de salud: _____

CONSENTIMIENTO

Yo, el/la que suscribe, •Doy mi permiso y consentimiento para que mi hijo/a reciba tratamiento a través de la unidad dental móvil de RHG. Entiendo la naturaleza de este tratamiento, así como los detalles y las limitaciones de este tipo y modalidad de tratamiento. •Doy mi permiso para que la unidad móvil reciba información de la escuela sobre el historial médico de mi hijo. •Reconozco que se me ha facilitado una copia del Aviso de prácticas de privacidad (disponible en nuestra página web www.rhgc.org). •Reconozco que, según la legislación de Carolina del Norte (G.S. § 90.21.5), los menores tienen derecho a dar su consentimiento para recibir servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades venéreas y otras enfermedades que deben notificarse al Estado; embarazo; abuso de sustancias controladas o alcohol; y trastornos emocionales. •Reconozco que este formulario de consentimiento seguirá vigente hasta que sea revocado mediante carta del padre/tutor, del adulto o del estudiante emancipado. •Acepto que seré responsable de todos los costos asociados a dicho tratamiento y que facilitaré cualquier información sobre el seguro que se me solicite. Todos los costos y cuotas no cubiertos por el seguro correrán a mi cargo. •Como padre/tutor del alumno mencionado anteriormente, autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para tramitar los reclamos al seguro con el fin de que se abonen las prestaciones a Rural Health Group, Inc. Unidad Móvil. Autorizo el pago de las prestaciones a los Centros de Salud Escolares de Rural Health Group, Inc. por los servicios prestados. He facilitado los datos de todas las pólizas de seguro que cubren a mi hijo.

AVISO Y ACEPTACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD: Disponible previa solicitud y en nuestra página web www.rhgc.com, encontrará un Aviso sobre las prácticas de privacidad en el que se detalla cómo garantizamos la confidencialidad del historial médico de su hijo y cuáles son sus derechos de acceso a dicho historial. También encontrará un formulario en el que se enumeran los derechos y responsabilidades de los alumnos y los padres. La legislación federal nos obliga a facilitarle esta información, por lo que le rogamos que lea el Aviso sobre prácticas de privacidad y el documento sobre derechos y responsabilidades, tanto para usted como para su hijo. Gracias por su cooperación en nuestro esfuerzo por cumplir con esta ley.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que mi hijo tenga acceso a cualquiera o a todos los servicios disponibles de la Unidad Móvil de Rural Health Group, Inc. Los servicios incluyen: evaluación dental, radiografías, fotografías intraorales, limpiezas, tratamiento con flúor, educación sobre salud bucodental, selladores, fluoruro de diamina de plata (medicamento para detener la caries), empastes, extracciones y servicios dentales de urgencia. La información que figura en este formulario es veraz y completa, según mi leal saber y entender. Si soy un estudiante mayor de 18 años o estoy legalmente emancipado, doy mi consentimiento para los servicios mencionados al cumplimentar este formulario.

Nombre del padre, madre o tutor legal _____

Firma: _____ Fecha: _____



EXPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Revisiones y exámenes dentales

Una revisión exhaustiva de los dientes, las encías y la boca de su hijo para detectar caries, enfermedades de las encías u otros problemas. La detección precoz ayuda a prevenir problemas más graves.

Limpiezas y cuidados preventivos

Eliminación profesional de la placa y el sarro acumulados que el cepillado habitual no consigue eliminar. Ayuda a mantener las encías sanas y previene las caries.

Tratamiento con flúor

Un mineral que se aplica sobre los dientes para fortalecer el esmalte y ayudar a prevenir la caries. Es un tratamiento rápido, indoloro y muy eficaz para los niños.

Selladores

Una fina capa protectora que se aplica sobre las superficies masticatorias de los dientes posteriores. Impide que los restos de comida y las bacterias penetren, previniendo así la aparición de caries en zonas difíciles de cepillar.

Fluoruro de diamina de plata (SDF por sus siglas en inglés)

Un líquido que se aplica en las caries para impedir que la caries siga avanzando. El fluoruro de diamina de plata (SDF por sus siglas en inglés) es un medicamento tópico que se utiliza para ayudar a detener (frenar o ralentizar) la progresión de la caries dental y reducir la sensibilidad dental. El SDF puede recomendarse como tratamiento alternativo o provisional cuando el tratamiento restaurador tradicional no es posible, práctico o deseable de forma inmediata. Entre los posibles riesgos y efectos secundarios se incluyen: manchas negras permanentes en las zonas de caries activa tratadas con SDF y manchas temporales en la piel, los labios o los tejidos bucales, que suelen desaparecer con el tiempo.

Radiografías dentales

Imágenes seguras y con baja radiación que permiten al dentista ver entre los dientes y debajo de las encías para detectar caries ocultas, infecciones o problemas de desarrollo.

Empastes

Reparación de dientes dañados por caries. Se elimina la zona afectada y se rellena con un material del mismo color que el diente para restaurar su forma y función.

Extracciones

Extracción de un diente que presenta caries grave, está infectado o causa dolor. Se realiza con anestesia local para que su hijo se sienta cómodo.

Servicios dentales de urgencia

Atención de urgencia para lesiones dentales, dolores de muelas intensos, infecciones o dientes rotos que requieran atención inmediata.

Educación sobre salud bucodental

Enseñamos a los niños técnicas adecuadas de cepillado y uso del hilo dental, hábitos alimenticios saludables y la importancia de la atención dental periódica.

Cada niño se llevará a casa una ficha de seguimiento dental en la que se detallará el tratamiento realizado cada día. Si es necesario un tratamiento, su hijo se llevará a casa un plan de tratamiento dental para que usted conozca el tratamiento necesario antes de que se complete.

¿No tiene seguro? ¿Necesita ayuda para pagar?

Solicitar el programa de cuotas variables de Rural Health Group:

Si su hijo no tiene seguro o si su plan de seguro tiene un deducible elevado, nos gustaría ayudarle a determinar si cumple los requisitos para nuestro programa de "cuotas variables". Si está interesado en obtener más información, uno de nuestros gestores de casos se pondrá en contacto con usted para proporcionársela.

Sí, estoy interesado en saber más sobre el programa de cuotas variables. ☐

¿Tiene alguna pregunta,
comentario o desea que
visitemos el colegio de su
hijo?

