



Estimados Padres/Guardianes,

Sonrisas Futuras (Future Smiles) es un programa de higiene dental dedicado a la prevención de enfermedades dentales. Ofrecemos nuestros servicios a los niños(as) quienes son de familias de bajos ingresos, sin seguro médico y/o reciben Medicaid/CHIP. No se le cobrará a la familia por este cuidado preventivo pero si le cobramos a Medicaid/CHIP si son elegibles. Su hijo(a) será visto por un higienista dental y recibirá uno o más de los siguientes cuidados preventivos: (1) limpieza dental, (2) sellantes dentales (3) radiografías dentales en algunos lugares y (4) tratamiento de fluoruro tópico. Recomendamos que el programa de Future Smiles vea a su niño(a) cada seis meses para recibir estos cuidados preventivos y dar seguimiento por cinco años.

El **sellante dental** es una capa de plástico fina que llena los surcos profundos en la parte de los dientes para la masticación. Son fáciles de aplicar, no duelen y ayudan a prevenir las caries mientras su hijo(a) crece.

El **tratamiento de fluoruro** es una capa protectora que es pintada en los dientes que ayuda a que se fortalezcan y resistan las caries.

Una **limpieza dental** quita todo el material suave y duro que se forma en los dientes de su hijo(a). El personal de Future Smiles educará a su hijo(a) para que cuide sus dientes correctamente cuando esté en casa y le enseñará a tomar buenas decisiones con su dieta para tener un futuro saludable.

Por favor conteste las siguientes preguntas. Toda la información que usted escriba será tratada como CONFIDENCIAL. Sólo usaremos la información de manera general para conocer mejor el perfil de nuestra comunidad.

1) Número de padres y de niños en su familia: _____

2) Ingreso mensual: \$ _____

3) ¿Cuál es su nivel más alto de educación? _____

4) ¿Qué estudios completó?	<i>Circule la respuesta por favor</i>	
Preparatoria/GED	SÍ	NO
College (universidad de dos años)	SÍ	NO
Universidad	SÍ	NO
Hijo(a) recibe almuerzo gratis o reducido	SI	NO

5) Su niño vive con: ¿Padre soltero? _____ ¿Madre soltera? _____
¿Ambos padres? _____ ¿Otro? _____

6) ¿Cuál es la fuente de sus ingresos?
No tengo _____ TANF _____ Otro _____
SSI _____ Seguro Social _____ Pensión _____ Asistencia general _____
Desempleo _____ Empleo y otro _____ Empleo solamente _____

7) ¿En dónde vive actualmente?
Casa propia _____ Renta _____ Sin hogar _____ Otro _____

SONRISAS DEL FUTURO (FUTURE SMILES) HISTORIA CLÍNICA DE SALUD/AUTHORIZACIÓN

Sonrisas del Futuro (Future Smiles) es un programa preventivo para la salud oral que incluye limpieza dental, sellos dentales y aplicación de fluoruro. Este programa es para los niños quienes son parte del distrito escolar (CCSD) de 18 años ó menos y que no tienen seguro médico o reciben Medicaid/CHIP. Todas las necesidades dentales restaurativas serán referidas a su oficina dental actual/ clínica dental de su comunidad. Este es un compromiso de cinco años que permite la continuidad de tratamiento.

Favor de completar la siguiente información para que su hijo(a) participe en el programa y regrese a su maestro(a). NO SE LE OLVIDE FIRMAR. ¡Muchas gracias!

SI Yo autorizo que un higienista dental de la salud pública haga una evaluación de las muelas permanentes de mi hijo(a) y después autorizo la colocación de sellos dentales en las muelas que sean indicadas por el personal de Sonrisas Futuras, de los estudiantes de la higiene dental o voluntarios. También autorizo una limpieza dental (profilaxis), el uso del barniz del fluoruro, CalmKIDZ™, Oraspa™, y las radiografías en los dientes de mi hijo(a). Permito que Future Smiles use la imagen de mi hijo(a), que el/ella conteste una encuesta de nuestros servicios y también a una revisión de los datos de CCSD para evaluación y promoción del programa. Acepto recordatorios de citas y otros mensajes a mi teléfono. Acepto que Future Smiles ni sus socios serán responsables por reacciones negativas por causa de atención recibida por parte mía o de mi hijo(a). Si es aplicable, apruebo la facturación de Medicaid/CHIP para los servicios proporcionados.

Estoy de acuerdo _____ que otra agencia me asista con la inscripción de Medicaid y referencia para tratamiento de restauración dental. (ponga sus iniciales en la línea)

____ **NO, yo no autorizo** que tomen radiografías de la boca de mi hijo(a). ____ **NO, yo no quiero** que mi hijo(a) reciba sellantes.
____ **NO, yo no quiero** que usen la imagen de mi hijo(a) para Future Smiles. ____ **NO, yo no quiero** que mi hijo(a) reciba una limpieza dental.
____ **NO, yo no quiero** que mi hijo(a) participe en una encuesta de satisfacción. ____ **NO, yo no quiero** recibir mensajes en mi teléfono.
____ **NO, yo no quiero** que los datos de CCSD de mi hijo(a) sean revisados. ____ **NO, yo no quiero** que utilicen CalmKIDZ™ con mi hijo(a).
____ **NO, yo no quiero** que mi hijo (a) reciba barniz de fluoruro. ____ **NO, yo no quiero** utilizar Oraspa™.

Firma del padre o guardián: _____ **Nombre del padre o guardián:** _____ **Fecha:** _____
Firma (¡Debe tener firma!) Escriba claramente su nombre

Nombre del niño(a): _____ Apellido _____

Masculino: _____ Femenino: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Teléfono celular: _____ ¿Mensajes de texto? _____ SI _____ NO

Dirección de correo electrónico: _____

Escuela: _____ Maestro/a: _____ Salón: _____ Grado: _____

Blanco: _____ Africano Americano: _____ Asiático _____ Hispano: _____

Nativo Americano/Nativo Alaska: _____ Nativo Hawaiano/Isleño Pacifico _____ Otro: _____

Numero de identificación del estudiante: _____

- ¿Cuándo fue la última vez que su hijo(a) fue atendido por un dentista? (Por favor marque uno)
Dentro los últimos 6-12 meses: _____ Mas de tres años: _____
Mas de un año, pero no más de tres años: _____ Nunca ha visitado a un dentista: _____
- ¿Ha llevado a su hijo(a) al dentista para atención de rutina _____ Atención de emergencia _____? (Por favor marque uno)
- ¿Tiene su hijo(a) dolor oral (dolor de muela, encías delicadas, etc.)? SI _____ NO _____
- ¿Está su hijo(a) cubierto por Medicaid? SI _____ NO _____ Nevada Check-Up? SI _____ NO _____
Número de Seguro _____
- ¿Tiene su hijo(a) un dentista establecido? SI _____ NO _____ Sí, nombre del dentista _____
- ¿Tiene usted otro seguro dental, no incluyendo Medicaid o Nevada Check-Up, que cubra a su hijo(a)? SI _____ NO _____
- ¿Ha tenido su hijo(a) un problema de salud serio? Si es así, por favor explique: _____
- ¿Ha llevado a su hijo(a) al hospital por una emergencia de salud dental este año? SI _____ NO _____
- ¿Hay algo que deberíamos de saber acerca de su hijo(a) antes del tratamiento? Si, es asi, por favor explique:

- ¿Su hijo(a) está tomando medicamentos? En caso afirmativo, especifique cuáles. _____
- ¿Tiene su hijo(a) alergias a alguna medicina, ó látex (goma), nuez, etc.? _____

-----**Para el uso de la oficina solamente**-----

Location EPOD: CL CU HO MA TA SA

Mobile: BA BAI BE CH DI FH GI KC MC PE RO TA WH WI WY **Other** _____ | **Lyon Co.** _____