

SCHOOL BASED DENTAL CENTERS ENROLLMENT FORM & INFORMATION

Escuelas del condado de Dorchester

Estimado Padre / Tutor:

Como estudiante en los sistemas locales de las Escuelas Públicas del Condado de Dorchester, su hijo tiene acceso al PROGRAMA DENTAL BASADO EN LA ESCUELA de salud comunitaria de Choptank. La misión del Programa es mejorar la salud de los estudiantes, aumentar el acceso a la atención primaria de salud y disminuir el tiempo perdido en la escuela al brindar atención dentro del entorno escolar. Somos una fuente conveniente de atención médica de calidad que funciona en colaboración con el médico de su hijo y la enfermera de la escuela. Choptank Community Health reconoce la conexión entre la salud y los resultados académicos positivos. CCHS se complace en asociarse con las Escuelas Públicas del Condado de Dorchester y los Departamentos de Salud del Condado de Dorchester para asegurar que los estudiantes estén saludables y listos para aprender.

Servicios disponibles en los programas dentales escolares

Como estudiante en las **Escuelas Publicas del Condado de Dorchester**, su hijo tiene acceso al **Programa Dental Basado en la Escuela**. El programa es una asociación entre las Escuelas Públicas del Condado de Dorchester, los Departamentos de Salud del Condado de Dorchester y Choptank Community Health (CCHS).

Los servicios pueden incluir:

- Cribado dental para caries
- Limpieza dental y pulido
- Aplicación de fluoruro para ayudar a prevenir o retardar la progresión de las caries (se puede aplicar dos veces)
- Sellantes protectores en los dientes molares
- Educación en salud bucal para cuidar mejor los dientes
- Referencias de emergencia dental a dentistas o medicos

El programa dental basado en la escuela no reemplaza a su dentista primario.

Un higienista dental examinará a su hijo para determinar qué servicios se proporcionarán o si es necesaria una referencia. El higienista brinda atención en el entorno escolar que promueve dientes y encías saludables. Su hijo debe ir a su consultorio dental para realizarse un examen completo con radiografías con la frecuencia recomendada por su dentista.

Si tiene alguna pregunta sobre el programa, comuníquese con CCHS al (410)- 479-4306, ext.1038.

Objetivos de salud bucal



Hilo diario



**Beber agua del grifo
(Contiene fluoruro)**



**Lo ultimo a tocar dientes
de su hijo antes La cama es
el cepillo de dientes!**

**Comer bocadillos
saludables**

**2020-2021 PROGRAMA DENTAL BASADO EN LA ESCUELA
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN / ACTUALIZACIÓN
SERVICIOS DENTALES EN LA ESCUELA**

Mi hijo es un estudiante de: _____ Grado: _____ Profesor: _____

STUDENT INFORMATION

Nombre del estudiante _____

Dirección: _____

DOB: ___/___/___ Anos: ___ Macho/Femenino

SEGURIDAD SOCIAL #: _____

Carrera: _____ HISPANIC/LATINO?: Si / NO

Idioma Preferido: _____

DOCTOR: _____ TELÉFONO: _____

DENTISTA: _____ TELÉFONO: _____

FARMACIA: _____ TELÉFONO: _____

PARENT/GUARDIAN INFORMATION

Nombre: _____

RELACION: _____

IDIOMA PREFERIDO: _____

#1 TELÉFONO: _____

#2 TELÉFONO: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

ESTUDIANTE VIVE CON: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____

RELACIÓN: _____

TELÉFONO: _____ TELÉFONO: _____

DENTAL INSURANCE

NOMBRE DEL SEGURO: _____ POLÍTICA / ID DE MIEMBRO #: _____

ABONADO: _____ GRUPO #: _____

DIRECCIÓN DE RECLAMACIONES: _____

_____ **Quiero inscribir a mi hijo en el programa dental basado en la escuela**

Entiendo que mi firma otorga el consentimiento para que los Proveedores del Programa Dental de Base Escolar de CCHS traten a mi hijo y se comuniquen con el proveedor de atención médica primaria de mi hijo. Le doy permiso a CCHS para llamar a mi casa, dejar un mensaje en una máquina o con una persona con respecto a la información médica. Entiendo que la información de salud de mi hijo se utilizará para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. CCHS también puede enviar por correo información médica a mi casa. Reconozco que los directorios escolares se pueden usar para obtener información en blanco en el formulario de inscripción. El registro de inmunización de mi hijo puede ser compartido entre la enfermera de la escuela y el programa dental basado en la escuela. Para fines de coordinación de la atención y administración de casos, el personal clínico de la escuela tendrá acceso a los registros de salud del SBDP y el personal clínico de la escuela compartirá la información de salud con el personal del SBDP, y. El personal clínico de la escuela debe tratar la información del registro de salud de SBDP como confidencial y cumplir con la Regla de privacidad de HIPAA. Bajo ninguna circunstancia, los registros de SBDP se convierten en parte del registro de salud escolar del estudiante. Entiendo que los servicios proporcionados a mi hijo se facturarán a mi compañía de seguros o Asistencia médica. Puedo recibir una factura de CCHS por copagos y / o deducibles. Entiendo que mi firma indica que he tenido la oportunidad de recibir y revisar el Aviso de prácticas de privacidad de Choptank Community Health. Si no tengo seguro, se me facturará el costo total de los servicios o con un descuento de tarifa variable, si corresponde.

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

***POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE SALUD** 

| | | | | | | |
|-------------|-----|--------|------|---|----------|----|
| Office Use: | LC: | NA: | INS. | E | I | SF |
| | OHI | Prophy | FL2 | | Sealants | |

| |
|--|
| Office Use: |
| <input type="checkbox"/> Posted <input type="checkbox"/> Scanned |
| Date Entered: _____ |

STUDENT Name: _____

DOB: _____

HISTORIA DE LA SALUD DENTAL

LISTE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE SU HIJO TOMA EN UNA BASE DIARIA:

| | | |
|-------------------|-----------------|--------------------|
| MEDICACIÓN: _____ | DOSIS: _____ mg | DIRECCIONES: _____ |
| MEDICACIÓN: _____ | DOSIS: _____ mg | DIRECCIONES: _____ |
| MEDICACIÓN: _____ | DOSIS: _____ mg | DIRECCIONES: _____ |

SI / NO ¿MI HIJO TIENE MEDICAMENTOS / ALIMENTOS / ALERGIAS AMBIENTALES?
SI ES SÍ, POR FAVOR LISTA: _____

SI / NO ¿HA TENIDO SU HIJO ALGUNAS HOSPITALIZACIONES O CIRUGÍAS RECIENTES?
SI ES SÍ, POR FAVOR LISTA: _____

SI / NO ¿ALGUIEN FUMA EN LA CASA? SI / NO ¿DROGAS / ADICCION AL ALCOHOL?

SI / NO ¿HA DENUNCIADO SU HIJO AL DOLOR DENTAL EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES?

SI / NO ¿HA VISTO SU HIJO A UN DENTISTA EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES? ¿ÚLTIMA VISITA?: _____

*Si su hijo tiene una afección cardíaca, adjunte una carta de autorización médica al formulario de inscripción.

STUDENT HISTORY

HAS CHILDEVER HAD ANY OF THE FOLLOWING?
(circle "yes" or "no")

- SÍ NO AGREGAR / ADHD
- SI NO ANEMIA
- SI NO ASMA / RESPIRACION
- SI NO DESORDEN DE LA SANGRE
- SÍ NO CÁNCER
- SI NO DISCAPACIDAD
- SI NO DIABETES
- SÍ NO DOLOR DE CABEZA / MIGRAÑA
- SÍ NO AUDIENCIA / VISIÓN
- SÍ NO PROBLEMAS DEL CORAZÓN
- SI NO ALTA PRESION DE SANGRE
- SÍ NO RIÑÓN / VEJIGA
- SI NO ENVENENAMIENTO CON PLOMO
- SÍ NO PROBLEMAS DE HÍGADO
- SI NO ENFERMEDAD MENTAL
- SI NO OBESIDAD
- SÍ NO CONVOCATORIAS / EPILEPSIA
- SÍ NO PROBLEMAS DE PIEL
- SI NO PROBLEMAS DE ESTOMAGO
- SÍ NO CARRERA
- SÍ NO PROBLEMAS DE TIROIDES
- SÍ NO CARGADO DE DIENTES
- SÍ NO TUBERCULOSIS

OTHER: _____

FAMILY HISTORY

HAS AN IMMEDIATE FAMILY MEMBER (parent, sibling, grandparent) EVER HAD
ANY OF THE FOLLOWING? (circle "yes" or "no")

- SÍ NO ADD / ADHD ¿Quién?: _____
- SÍ NO ANEMIA ¿Quién?: _____
- SÍ NO ASMA / RESPIRACIÓN ¿Quién?: _____
- SÍ NO TRASTORNO DE SANGRE ¿Quién?: _____
- SÍ NO CÁNCER ¿Quién?: _____
- SÍ NO DESARROLLAR. DISCAPACIDAD ¿Quién?: _____
- SÍ NO DIABETES ¿Quién?: _____
- SÍ NO DOLOR DE CABEZA / MIGRAÑA ¿Quién?: _____
- SÍ NO AUDIENCIA / VISIÓN ¿Quién?: _____
- SÍ NO PROBLEMAS DEL CORAZÓN ¿Quién?: _____
- SÍ NO ALTA PRESIÓN ARTERIAL ¿Quién?: _____
- SÍ NO RIÑÓN / VEJIGA ¿Quién?: _____
- SI NO ENVENENAMIENTO CON PLOMO ¿Quién?: _____
- SÍ NO PROBLEMAS DE HÍGADO ¿Quién?: _____
- SÍ NO ENFERMEDAD MENTAL ¿Quién?: _____
- SÍ NO OBESIDAD ¿Quién?: _____
- SÍ NO EMBARAZOS / EPILEPSIA ¿Quién?: _____
- SÍ NO PROBLEMAS DE PIEL ¿Quién?: _____
- SÍ NO PROBLEMAS DE ESTÓMAGO ¿Quién?: _____
- SÍ NO CARRERA ¿Quién?: _____
- SÍ NO PROBLEMAS DE TIROIDES ¿Quién?: _____
- SÍ NO CARDICIÓN DENTAL ¿Quién?: _____
- SÍ NO TUBERCULOSIS ¿Quién?: _____

OTHER: _____

Información Adicional: _____

POR FAVOR DEVUELVA LA INSCRIPCIÓN COMPLETA A SU ENFERMERA ESCOLAR. ¡GRACIAS!

Documented and reviewed by: _____