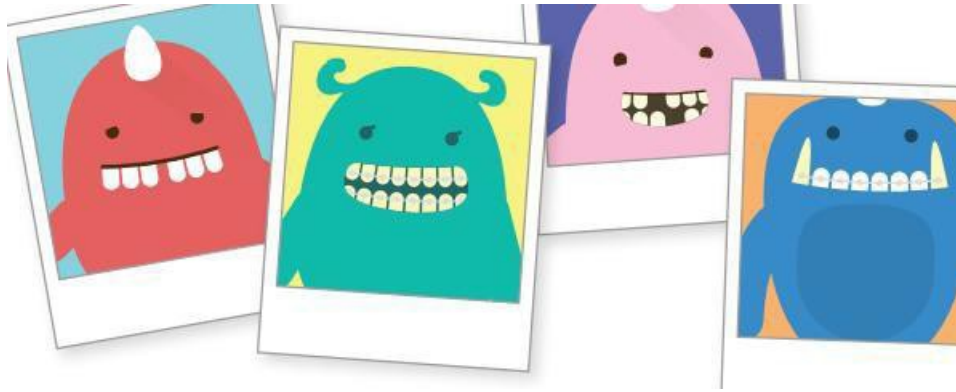




¡Smile Check quiere conectarse con ustedes virtualmente!



Durante los últimos años, el programa de Delaware Smile Check ha disfrutado de realizar exámenes dentales en las escuelas de todo el estado y de brindar servicios preventivos a los alumnos en el lugar. Este año, sin embargo, es posible que no veamos las caras sonrientes de todos de inmediato, ya que la pandemia de COVID-19 ha reorganizado los planes para el regreso a clases. Si su escuela no puede ofrecer exámenes dentales en persona en este momento, ¡no se preocupe! Todavía hay muchas cosas por las que sonreír.

El Programa Virtual Smile Check se ofrece a los estudiantes que tienen Medicaid o CHIP, o que no tienen seguro dental. Regístrate hoy llenando los formularios adjuntos.

Correo electrónico:
Smile_Check@delaware.gov

Comuníquese con la Oficina de Salud Bucal y Servicios Dentales si necesita ayuda.
 Teléfono: (302) 622-4540

Educación en salud bucal	<ul style="list-style-type: none"> • Se ofrece de forma remota a través de Zoom o la plataforma virtual de su escuela. • Incluye material apropiado para la edad que incluye por qué los dientes son importantes, asesoramiento nutricional, cómo cepillarse, usar hilo dental y prevenir las caries, y cómo la salud bucal se relaciona con la salud en general.
Encuesta de evaluación de detección	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario respondido por padres/tutores que le permite a nuestro equipo dental profesional saber cómo podemos ayudar a sus hijos y a su familia.
Administración personalizada de casos	<ul style="list-style-type: none"> • Conexiones personalizadas para cuidar a cada niño, incluidas derivaciones urgentes y tratamiento preventivo de rutina. • Su hijo será asignado a un coordinador de salud dental para ayudarlo personalmente a acceder a los recursos que necesite.



Información del alumno o de la alumna

Nombre Completo: _____ Sexo (marque): M F

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____ Escuela: _____

Grado: _____ Docente: _____

Seguro dental (marque): MEDICAID CHIP Sin seguro

N.º de identificación de Delaware Medicaid/CHIP dental: _____

¿Tiene el niño un dentista? (marque): SÍ NO

Nombre del dentista (si respondió sí): _____

Raza (marque las que correspondan):

- Asiático
- Originario americano americano
- Negro o afroamericano
- Pueblo originario de Estados Unidos o de Alaska
- Blanco
- Hispano/latino
- Otro: _____

Este es un requisito federal.

Un coordinador de salud dental comunitaria se comunicará con usted después de revisar la evaluación de detección. Hablará sobre cualquier inquietud dental que tenga, responderá preguntas, ayudará con los obstáculos para la atención y analizará las inquietudes y recomendaciones de salud bucal.

Información de padres/tutor legal:

Nombre Completo: _____ Teléfono móvil: _____ Otro N.º: _____

Correo electrónico: _____ Relación con el niño: _____

Nombre Completo: _____ Teléfono móvil: _____ Otro N.º: _____

Correo electrónico: _____ Relación con el niño: _____

Me gustaría recibir información y recursos dentales para mi hijo y mi familia por correo electrónico (marque):

SÍ NO

¿Cuáles son la mejor hora y manera de comunicarse con usted? (marque todo lo que corresponda)

TELÉFONO LLAMAR MENSAJE DE TEXTO EMAIL VIDEO

¿Cuál es la mejor hora del día para comunicarse con usted?: _____ a. m. _____ p. m.

Al enviar este consentimiento, certifico que la información anterior es verdadera y completa. Este programa solo está disponible para estudiantes que tienen Medicaid o CHIP, o que no tienen seguro. No se le facturará ningún servicio recibido. El seguro facturará a Medicaid y CHIP para la detección y la administración de casos. Todos los resultados y datos de la evaluación son estrictamente confidenciales y solo se compartirán con el tutor legal.

Nombre Completo de padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____

**CONSENTIMIENTO PARA EXÁMENES, PRUEBAS, TRATAMIENTO, SERVICIOS, DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SEGUROS Y DE SALUD****SU NOMBRE COMPLETO:** _____**NOMBRE COMLETO DEL NIÑO:** _____**Fecha de nacimiento del CLIENTE:** _____ **(MM/DD/AAAA)****LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN CUIDADOSAMENTE**

Este consentimiento indica que usted o su hijo pueden ser examinados, hacerse las pruebas apropiadas, recibir tratamientos o procedimientos menores, recibir referencias o cualquier otro servicio por parte de una persona autorizada por la División de Salud Pública (DPH). Ha revisado la política del DPH sobre los acompañantes y la ha analizado con los niños.

Certifica que usted es **Cliente** **Padre/ madre** **Representante legalmente autorizado**
(**marque uno**):

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN MÉDICA**Recepción del Aviso de prácticas de privacidad del paciente (reconocimiento)**

Al enviar este Acuerdo, reconoce el Aviso de prácticas de privacidad del paciente.

Intercambio de información médica

La Red de Intercambio de Información Médica de Delaware (DHIN) permite a los proveedores de atención médica compartir información de atención médica sobre los pacientes de manera electrónica con distintos objetivos, como el tratamiento, la garantía de calidad y los requisitos de informes de la ley estatal. Debe comprender que si va a una institución de Servicios Sociales y de Salud de Delaware (DHSS), División de Salud Pública (DPH), el personal puede obtener una copia de la información de atención médica de forma electrónica a través de varias conexiones de intercambio de información médica con otros proveedores de atención a la salud.

Al enviar este consentimiento, usted da su consentimiento para el uso y la divulgación de toda la información de atención médica para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica entre las entidades afiliadas al Aviso de prácticas de privacidad del paciente de Servicios Sociales y de Salud de Delaware, según sus modificaciones.

INFORMACIÓN ADICIONAL QUE SE DEBE EXCLUIR: _____

Asignación de beneficios y divulgación de historia clínica a los Servicios Sociales y de Salud de Delaware, División de Salud Pública. La presentación de este consentimiento otorga autorización para lo siguiente: el pago de cualquier beneficio de seguro directamente al DHSS; la divulgación de información médica pertinente a las compañías de seguros; la responsabilidad de pagar los servicios no cubiertos; eximición de responsabilidad al estado de Delaware, DHSS, DPH y sus agentes o personal por cualquier lesión sufrida como resultado de cualquier examen, prueba, tratamiento o servicio prestado; el consentimiento para tomar muestras, cultivos o análisis de laboratorio que se consideren necesarias; la posibilidad de corregir y cambiar la información para asegurarse de que sea correcta y esté completa; el conocimiento de qué información se está divulgando.

He leído este formulario o, si lo solicité, me lo han leído. Cualquier divulgación de mi información médica protegida (PHI) conlleva la posibilidad de que el destinatario la divulgue, y es posible que la PHI no esté protegida por las reglas federales de privacidad.

Este consentimiento se aplicará a todos los servicios de la División de Salud Pública por un período de un año a partir de la fecha de la firma y se puede revocar, por escrito, en cualquier momento.

Tenga en cuenta que recibir servicios de planificación familiar no es un requisito previo para que pueda recibir otros servicios ofrecidos por el DPH.

En imprenta Nombre Completo del cliente/ padre/ madre/ representante**Fecha**

En imprenta Nombre del personal/agente**Fecha**

Nombre completo del alumno o de la alumna:	Fecha de nacimiento:	Evaluación de detección
Nombre completo del padre, madre o tutor:	Escuela:	De los 6 a los 12 años

¿Su hijo ha recibido atención dental con un dentista en los últimos 12 meses?

Sí | No No estoy seguro

¿Su agua potable tiene fluoruro?

Sí | No No estoy seguro

¿Su hijo toma suplementos de fluoruro recetados por un dentista o un médico?

Sí | No No estoy seguro

Si es así, ¿qué tipo?

¿Su hijo se ha quejado de alguno de los siguientes problemas en los últimos 6 meses?
Marque todas las que correspondan.

- Dolor o sensibilidad al comer o beber
- Dolor en la boca o en los dientes que empeora de noche
- Dificultad para morder alimentos duros
- Dificultad para masticar
- Fiebre
- Dolor de oído

¿Alguna vez su hijo ha tenido o usado algo de esto? *Marque todas las que correspondan.*

- Caries
- Retirada de diente
- Tratamiento de conducto o corona
- Labio leporino
- Productos blanqueadores
- Protector bucal
- Aparatos
- Dispositivos para evitar la succión del pulgar

¿Su hijo ha faltado a la escuela debido a dolor dental?

Sí | No No estoy seguro

Mire en la boca de su hijo. ¿Usted o su niño ven algo de lo siguiente? *Marque todas las que correspondan.*

- Manchas oscuras o blancas en los dientes
- Bultos o ampollas alrededor de las encías o en la boca
- Enrojecimiento o sangrado en las encías
- Dientes visiblemente torcidos, amontonados o inclinados hacia adelante
- Un diente de leche junto a un diente adulto que está saliendo detrás o debajo del diente de leche

¿Cuántos dientes puede contar en la boca de su hijo?

Cantidad de dientes: _____

¿Su hijo usa pasta de dientes para lavarse los dientes?

Sí | No No estoy seguro

¿Su hijo usa algo de lo siguiente? *Marque todas las que correspondan.*

- Pasta de dientes con fluoruro
- Cepillo de dientes eléctrico
- Irrigador bucal
- Enjuague bucal con fluoruro

¿Qué prefiere su hijo?

Bebidas _____

Bocadillos _____

Comidas _____

¿Su hijo hace lo siguiente? *Marque todas las que correspondan.*

- Rechinar los dientes
- Practicar un deporte
- Usar cigarrillos electrónicos, vaporizadores, Juul
- Fumar o masticar tabaco

¿Su hijo siente ansiedad por ir al dentista?

Sí | No No estoy seguro

¿Quién le ha dado la mejor información sobre salud bucal (dientes y boca)? Marque todas las que correspondan.

- Amigos de la familia
- Consultorio médico
- Internet
- Consultorio dental
- Colegio
- Asistente social
- Docente
- Otro _____
- Asistente de salud comunitario/visitante del hogar

¿Con qué frecuencia su hijo se cepilla los dientes?

- Nunca
- Algunas veces a la semana
- Una vez al día
- Más de una vez al día

¿Cuándo se cepilla los dientes normalmente su hijo? Marque todas las que correspondan.

- A la mañana antes del desayuno
- A la mañana después del desayuno
- Después de cada comida
- Antes de ir a la cama

¿Con qué frecuencia su hijo usa hilo dental?

- Nunca
- Algunas veces al mes
- Algunas veces a la semana
- Una vez al día o más

¿Un adulto supervisa o ayuda a su hijo cuando este se cepilla los dientes y usa hilo dental?

- Sí
- No
- No estoy seguro

¿Qué tipo de problemas le impedirían llevar a su hijo al dentista? Marque todas las que correspondan.

- Encontrar a un dentista
- Problemas financieros
- Transporte de confianza
- Ansiedad
- Falta de tiempo
- Necesidades especiales
- Barrera por el idioma
- Preocupaciones de salud
- Creencias culturales
- Otro: _____

Las afecciones médicas pueden afectar la salud bucal. ¿Su hijo padece lo siguiente?

- Asma
- Diabetes
- Afección cardíaca
- Enfermedad autoinmune
- Trastorno de la alimentación (anorexia, bulimia, pica)
- Trastorno del comportamiento (depresión, trastorno bipolar)

¿Su hijo ha faltado a la escuela debido a dolor dental?

- Sí
- No
- No estoy seguro

¿Hay otros niños o adultos en el hogar que no hayan ido al dentista en 12 meses?

- Sí
- No
- No estoy seguro

Si es así, ¿cuántos?

Adultos: _____ Edad _____

Niños: _____ Edad _____

¿Qué información de salud bucal le resultaría útil?

- Consejos para mantener una buena salud bucal
- Encontrar al dentista adecuado para usted (especialidad, ubicación, idioma, cultura, género, etc.)
- Explicaciones sobre mis beneficios dentales
- Ayuda para inscribirse en Medicaid
- Ayuda para encontrar seguro dental
- Relación entre la salud dental y la salud médica
- Transporte al consultorio del dentista
- Vacunación contra el VPH para prevenir cáncer de boca y de cuello de útero
- Salud mental y salud bucal
- Diabetes y cuidado de la salud bucal
- Lista de verificación para cuando su hijo necesite una visita al dentista, un examen físico, vacunación, control de la visión y la audición
- Qué hacer ante un dolor de muelas
- Qué es una emergencia dental y adónde debo ir
- Protección bucal para deportes
- Cómo dejar de fumar
- Cuándo debería ver mi hijo a un ortodoncista
- Otro: _____