

# Miles of Smiles

## Servicios **gratuitos** de odontología para niños

\*Si su hijo **tiene** dentista, **no debe** completar el formulario anexo

### PARA QUIÉNES :

Niños de 0 a 20 años con **seguro de Medicaid o Healthy Kids Dental** o que **no tienen seguro** y que:

- Vivir o asistir a la escuela en el condado de Ottawa
- No tienen un dentista
- No han tenido un examen dental en los últimos 6 meses
- En la pantalla del almuerzo gratis / reducido

### QUÉ :

- Examen dental
- Limpieza dental
- Tratamiento con flúor para prevenir caries
- Radiografías
- Sellantes
- Educación sobre salud dental
- Empastes y extracciones, en caso necesario
- Otros tratamientos odontológicos necesarios

### CÓMO :

1. Llene el formulario anexo, **fírmelo** y devuélvalo **inmediatamente** a la escuela de su hijo.
2. **Deberá** escribir en el formulario anexo el número de ID de su hijo como beneficiario de Medicaid/Healthy Kids (cuando sea elegible).
3. **Deberá** completar la información financiera en el formulario anexo.
4. El padre o la madre debe completar el formulario de antecedentes de salud adjunto **todos los años**.

Aunque tal vez su hijo pase a educación media ("middle school") o secundaria ("high school"), Miles of Smiles puede seguir proporcionando servicios odontológicos hasta los 20 años. Deberá llamarnos al 1-800-467-5905 para programar una cita en un centro cercano a su ubicación.



### DÓNDE :

La unidad odontológica móvil de Miles of Smiles irá a la escuela de su hijo para ofrecer servicios odontológicos durante el horario escolar.

**Si usted tiene alguna pregunta o inquietud, por favor llame al 1 (800) 467-5905 .**

Information in English on the other side of this page.



miOttawa Department of  
**Public Health**

[www.miottawa.org/dental](http://www.miottawa.org/dental)

12251 James Street, Suite 400, Holland, MI 49424  
(800) 467-5905

## Si su hijo tiene un dentista, NO complete este formulario

Sírvase llenar y devolver INMEDIATAMENTE a la escuela de su hijo

Escriba en letra de molde legible

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Hombre / Mujer Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nombre Inicial del Segundo nombre Apellido (marque una opción con un círculo)

Nombre del padre/ de la madre: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Otro Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Origen étnico/racial Encierre      Código postal      Calle      Ciudad      correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 en un círculo todas las

opciones que correspondan: Afroamericano Árabe/Caldeo Asiático/Isleño del Pacífico Hispano Nativo americano Blanco/Caucásico

Hijo de trabajador agrícola migratorio: Sí / No Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_

¿Ya ha atendido a su hijo antes en Miles of Smiles? Si contesta "Sí", nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Para recibir los servicios odontológicos **debe llenar** esta parte: ¿Ha solicitado la cobertura de Medicaid para su hijo en los últimos 90 días? Sí/No  
 Si obtienen servicios duplicados en otro lugar, puede afectar los beneficios de su hijo que recibe seguros privados, del estado, federal, o un proveedor terceros.

Número de ID de Medicaid/Healthy Kids Dental del niño: \_\_\_\_\_ Núm. de Seguridad Social del niño \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas viven en su casa? \_\_\_\_\_ ¿Cuál es su ingreso familiar **por mes** antes de impuestos? \$ \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES DE SALUD

Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_ ¿Ha recibido todas las vacunas? Sí / No Fecha del último examen odontológico: \_\_\_\_\_

Dentista o consultorio dental que prestó servicios dentales en los últimos 12 meses: \_\_\_\_\_

Marque cada afección que corresponde a la situación de su hijo

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Reflujo ácido/Enfermedad de reflujo gastroesofágico (GERD por sus siglas en inglés)   | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca                     |
| <input type="checkbox"/> Trastorno de déficit de la atención (ADD por sus siglas en inglés)/Trastorno de déficit de la atención e hiperactividad (ADHD por sus siglas en inglés) | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco                          |
| <input type="checkbox"/> Anemia  | <input type="checkbox"/> Hepatitis/Enfermedad del hígado         |
| <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales   | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                                |
| <input type="checkbox"/> Asma  | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones o la vejiga   |
| <input type="checkbox"/> Autismo   | <input type="checkbox"/> Marcapasos/Dispositivos implantados     |
| <input type="checkbox"/> Trastornos hemorrágicos   | <input type="checkbox"/> Embarazada, Lactando                    |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral  | <input type="checkbox"/> Atención psiquiátrica/psicológica       |
| <input type="checkbox"/> Sinusitis crónica   | <input type="checkbox"/> Tratamiento con radiación/quimioterapia |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad o defecto cardíaco congénito   | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática                        |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones  | <input type="checkbox"/> Tratamiento con esteroides              |
| <input type="checkbox"/> Cirugía dental  | <input type="checkbox"/> Toma anticonceptivos actualmente        |
| <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Tuberculosis/enfisema                   |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad  | <input type="checkbox"/> Tiroides                                |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia   | <input type="checkbox"/> Tumores, cáncer                         |
| <input type="checkbox"/> Audición  | <input type="checkbox"/> Otra: _____                             |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco o Apoplejía   |  |

	SÍ	No
¿El niño está siendo atendido por un médico debido a alguna afección médica? Si contesta "Sí", ¿cuál es la afección médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo está tomando algún medicamento? Si contesta "Sí", indique el medicamento y la razón por la cual lo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Han hospitalizado alguna vez a su hijo? Indique la razón y la fecha:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo tiene alguna alergia a fármacos, alimentos o al látex? Indique cuáles::	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo tiene algún trastorno cognitivo/emocional? De ser así, explique::	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sírvase indicar cualquier otros detalles sobre la salud de su hijo:		

Mediante este documento otorgo al Ottawa County Department of Public Health (Departamento de Salud Pública del Condado de Ottawa, OCDPH) autorización para prestar todo tipo de servicios odontológicos a mi hijo, incluidos el uso de óxido nítrico, radiografías, profilaxis (limpieza), sellantes, flúor, obturaciones, pulpotomía (tratamiento del nervio de un diente temporal), coronas de acero inoxidable o extracciones. Asimismo otorgo permiso para que estudiantes de odontología, de higiene dental y/o de asistencia dental, bajo la supervisión directa de un profesional odontológico licenciado, proporcionen servicios odontológicos a mi hijo. Comprendo que cabe la posibilidad de que se realice a mi hijo una prueba del VIH o hepatitis sin mi consentimiento en caso de que un empleado o un proveedor odontológico del OCDPH sufra una lesión por pinchazo de aguja, o haya estado expuesto a la sangre o los fluidos corporales de mi hijo a través de las membranas mucosas o heridas abiertas. En caso de emergencia, autorizo que un adulto busque atención médica para mi hijo. Doy permiso para que un empleado de la escuela traslade a mi hijo al centro médico designado por el OCDPH.

Este consentimiento tiene vigencia de un año a partir de la fecha de la firma. Certifico que la información anterior es cierta y correcta, a mi leal saber y entender. Por la presente autorizo al OCDPH a verificar la información que antecede. **Sírvase informarnos de cualquier cambio en los antecedentes médicos llamando al 800-467-5905.** Entiendo que de haber proporcionado información falsa, podría descalificar a mi hijo para la obtención de servicios odontológicos. Certifico que otorgo mi pleno consentimiento para fotografiar, filmar y/o entrevistar a mi hijo en la unidad odontológica móvil de Miles of Smiles. También otorgo pleno consentimiento para que dichas fotografías, grabaciones de video y/o entrevistas sean publicadas, ya sea para uso de organismos de salud, para presentación de noticias en los medios de comunicación. Los archivos estarán a la disposición de escuelas, programas Head Start, consultorios odontológicos, clínicas, agencias de salud, programas de asistencia y su plan de seguro de salud, según lo soliciten. Me han informado que el Aviso de privacidad de la HIPAA está disponible en la página web del condado [www.miottawa.org/dental](http://www.miottawa.org/dental). También puedo solicitar una copia del Aviso de privacidad de la HIPAA llamando al 616.494.5540.

Firma del padre, de la madre o del tutor legal

Parentesco

Fecha