












miOttawa Department of
Public Health

Programa de Sellado Dental SEAL! Michigan / Programa de flúor

Estimado padre o tutor:

La escuela de su niño, en cooperación con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan y **el Departamento de Salud Pública del condado de Ottawa, Ottawa County Department of Public Health (OCDPH)** tiene un programa para ayudar a detener la caries dental de dientes de su niño.

1. ¿Quién puede recibir gratuitamente los selladores?
 Todos los 2º, 6º y 7º grado en la escuela de su niño
2. ¿Cuándo y dónde se hacen los selladores?
 en la escuela de su niño
 durante el horario escolar
3. ¿Si mi hijo tiene un dentista, puede él/ella todavía firmar?
 ¡SÍ! Los selladores no siempre se realiza en un consultorio dental
4. ¿La SEAL! Programa de Michigan reemplazar las visitas dentales regulares?
 ¡NO! Su niño debe ver a un dentista cada 6 meses
5. ¿Cómo me inscribo a mi hijo en los selladores dentales gratuitos?
 completar el formulario color azul adjunto
 devolver en el sobre adjunto a la maestra del su niño
6. ¿Es mi información confidencial?
 ¡SÍ! Este programa se llevará a cabo de manera confidencial
7. ¿Quién puede responder más preguntas?
 Kacie en (616) 393-5771

Atentamente,

El Departamento de Salud
Pública del Condado de Ottawa
Adjunto



POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO AL MAESTRO DE SU HIJO EN EL SOBRE ADJUNTO

*Este programa no sustituye las consultas odontológicas de control periódicas en el consultorio del dentista.
 Está dirigido a niños que necesitan selladores y que no tendrían acceso a este tipo de servicio de otro modo.*

Escuela del niño:	Maestro:	Grado:	
Nombre del niño: Nombre	Apellido(s)	Sexo	Fecha de nacimiento
Nombre del padre/madre (tutor)	Tel. particular	Tel. trabajo	Tel. celular
Dirección	Ciudad	Estado	C.P.

Información de contacto de emergencia:
 En una emergencia contacte a: _____ N° de teléfono de emergencia: _____

INFORMACIÓN DE SEGUROS / FINANCIERA

1. ¿Su hijo participa en el Programa de almuerzos gratis o de precio reducido? sí no 2. ¿Usted tiene seguro dental? sí no
 3. Si su hijo tiene Medicaid u otro seguro, marque el cuadro correspondiente: Sin seguro Medicaid /Healthy Kids Dental
 MI Child Delta Dental Otro seguro, especifique: _____
 4. N° de Seguro Social del niño _____ Provider ID N° _____
 5. ¿Usted ha aplicado por cobertura de Medicaid para tu niño en los últimos noventa días? sí no
Información del seguro dental privado: 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.
 6. Nombre de la compañía de seguros dental _____ N° de póliza _____
 Identificación del plan o N° de Seguro Social _____ N° de grupo _____
 7. Nombre del titular de la póliza _____ Parentesco con el asegurado: _____
 8. Dirección del titular de la póliza: Marque si es la misma de niño. _____
 9. Nombre del empleador(compañía) _____

Antecedentes étnicos/raciales (marque todo lo que corresponda): Blanco Negro/Africano americano Asiático
 Hispano Nativo americano/nativo de Alaska Nativo de Hawai/Isleño del Pacífico Árabe/ Árabe americano Otro

HISTORIAL DE SALUD

¿Su hijo tiene o ha tenido lo siguiente? (marque "Sí" o "No")

Tuberculosis (TB)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Alergia al látex.	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Hepatitis	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Asma	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Alergias	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿A qué?
Ataques/ Convulsiones	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Trastorno cognitivo/emocional	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Otros problemas de salud graves	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Explique
¿Su hijo toma medicamentos?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	De ser así, lístelos:

Nombre del médico: _____ Número de teléfono del médico: _____
 Dentista o consultorio dental que brindo servicios odontológicos en los últimos 12 meses: _____

AUTORIZACIÓN

Consentimiento: Yo, _____ (nombre del padre/madre/tutor en imprenta), doy mi permiso para que mi hijo (mencionado anteriormente) participe en el Programa de Sellado Dental SEAL! Michigan. Doy mi permiso para que el dentista o técnico en higiene dental realice una evaluación dental básica, coloque selladores dentales en los dientes de mi hijo si fuera necesario, proporcione un tratamiento con flúor, y revise si los selladores continúan presentes después de ser colocados. El proveedor puede presentar un reclamo ante Medicaid, Healthy Kids Dental, MI Child o mi compañía de seguros. Entiendo que la información personal de mi hijo será mantenida en forma confidencial y que no será compartida con ninguna otra persona que no esté directamente involucrada en la atención de mi hijo como parte de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA por sus siglas en inglés). Entiendo que el consentimiento puede ser revocado en cualquier momento sin que esto implique consecuencia alguna para mi hijo excepto que no se complete la colocación de los selladores.

Declaro que la información es verdad y corecto. Autorizo que el condado comprobar la información. Entenido que si la información es falso no califica para los servicios dentales. Yo autorizo que pueden sacar fotografías video y entrevistar. Tambien autorizo que usan las fotografías, video y entrevistar para editado por el condado y medios publicitarios. Los registros se pueden hacer disponibles a escuelas, programas head start, las oficinas dentales/clínicas, agencias de salud, los programas de ayuda y su seguridad de salud. He sido informado de que la "Notificación de Privacidad HIPAA" está disponible en el website miOttawa.org/dental. Una copia de la "Notificación de Privacidad HIPAA" también está disponible previa solicitud llamando al 616 494-5540 .

Firma del padre, madre o tutor	Parentesco	Fecha
--------------------------------	------------	-------