

Universidad de Dakota del Sur
Departamento de Higiene Dental
Nota de permiso para el programa dental preventivo en la escuela

El departamento de higiene dental de la Universidad de Dakota del Sur (USD) tiene un programa dental preventivo en la escuela a través del cual nosotros y vamos a niño en la escuela. Los estudiantes de higiene dental de USD y los miembros de la facultad proporcionarán **gratuitamente**, exámenes dentales para aquellos niños con permiso de su(s) padre(s). **Este programa solo es para niños que no han tenido una cita dental en los últimos dos años. Si ya tiene un dentista habitual, consulte con él/ella antes de hacer una cita con nosotros. Esta cita no reemplaza la visita de rutina con su dentista ya que no le atenderá un dentista.** Con su permiso, su niño será evaluado durante el horario escolar en nuestro consultorio dental móvil. Nos alegraría que su niño pudiera participar. Recibirá información evaluación y posibles complicaciones que hayamos visto en los dientes de su niño. Gracias de ante mano por proveernos la siguiente información y permiso.

Escuela _____ Fecha _____ Nombre del niño _____ Grado _____
FdN _____ Edad _____ Sexo _____ Etnia _____ Nombre del padre o tutor _____
Número telefónico _____ Correo electrónico _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

¿En los últimos tres años, ha estado hospitalizado el niño? [] Sí [] No Comentarios: _____

¿Actualmente, visita a su médico? [] Sí [] No En caso afirmativo, indique las razones: _____

¿Actualmente, tiene su niño una enfermedad transmisible? [] Sí [] No Comentarios: _____

¿Tiene alguna alergia el niño? [] Sí [] No Haga una lista: _____

¿Toma medicamento el niño? [] Sí [] No Haga una lista: _____

¿Tiene usted alguna preocupación por los dientes del niño? [] Yes [] No Comentarios: _____

¿Cuándo fue la última cita dental del niño? _____ Nombre del dentista: _____

*¿Tiene el niño seguro dental privado? [] Sí o [] No En caso afirmativa, por favor, indique la FdN del titular _____ y el lugar de empleo _____. Número de póliza si quiere que el seguro pague por los tratamientos _____. Además, provea **una copia de su tarjeta de seguro dental**. Podemos facturar el seguro por usted.

*Si desea limpieza dental o radiografías para el niño además de los servicios gratuitos, **por favor escriba el cheque a nombre de USD DH, y engrápelo a este permiso. El cheque debe estar engrapado a este permiso o los servicios adicionales no serán proporcionados.**

*¿Esta el niño inscrito en el programa estatal de *Title XIX/ Medicaid* o *SCHIP*? [] Sí [] No En caso afirmativo,

ID#: _____. **Nosotros cobraremos los servicios preventivos a Medicaid/SCHIP.**

Por la presente autorizo al departamento de higiene dental de la universidad de Dakota del sur permiso para hacer los siguientes tratamientos a mi niño:

_____ Examen dental **gratuito**: Una revisión visual de la boca para determinar el estado de salud/enfermedad y recomendar una visita al dentista.

No incluye o reemplaza un examen dental completo de un dentista.

_____ Tratamiento de fluoruro **\$5**: una capa protectora sobre los dientes para prevenir/frenar careas.

_____ Sellantes dentales **\$20 por diente**: una capa protectora place sobre los molares para prevenir/frenar careas.

_____ **\$50 (Gratis para estudiantes elegibles de Medicaid)** Limpieza dental: Limpiar y pulir los dientes.

_____ **\$15 (Gratis para estudiantes elegibles de Medicaid)** Radiografías dentales: Podemos enviarse a un dentista para ser evaluadas _____

Al aceptar este tratamiento, acepto la inocencia y no culpabilidad de agentes, servidores y estudiantes de la universidad de Dakota del sur y sus empleados incluyendo pero no limitado a dentistas, miembros de la facultad de higiene dental así como agentes y servidores del distrito escolar del niño incluyendo pero no limitado a educadores, personal, administrativos y miembros del consejo escolar por cualquier acción, exigencia, reclamo o litigio de demanda que pudiera surgir como resultado del tratamiento realizado en mi persona, mis herederos, ejecutores, administradores y representantes personales o herederos, ejecutores, administradores y representantes personales del niño. Así mismo autorizo que se informe a la escuela sobre cualquier recomendación que pudiera requerir el estudiante.

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Este programa fue posible gracias a los fondos proporcionados por el programa HRSA Rural Health Outreach Grant. En caso de preguntas, por favor, contacte 605-658-5959 o por correo electrónico a dh@coyotes.usd.edu.