

PROGRAMA DE ASISTENCIA DENTAL ESCOLAR

(Formulario de Consentimiento 2026-2027)



La escuela de su hijo ha elegido participar en el Programa de Selladores Escolares de Kansas. Los profesionales dentales ofrecerán servicios como limpiezas, selladores, barniz de fluoruro y/o fluoruro de diamino de plata (FDP) (se requiere un formulario de consentimiento adicional para el tratamiento con SDF). Estos servicios se ofrecen sin costo alguno para usted o la escuela; sin embargo, PrairieStar Health Center facturará a todos los seguros por los servicios.

Las políticas de práctica de privacidad y no discriminación de HIPAA se pueden ver en el sitio web de su escuela y en www.prairiestarhealth.org.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (letra de imprenta)				
Nombre de la Escuela		Grado del Estudiante	Profesor(a)	
Nombre Legal de el/la niño(a)			Fecha de Nacimiento	Masculino Femenina
Raza (Marque todos los que apliquen)			Etnicidad	
Blanco Asiático Indio Americano/Nativo de Alaska			Hispano	
Negro-Afro-Americano Nativo de Hawái Otro/Isla del Pacifico			No Hispano	
Nombre en Imprenta del Padre/Tutor				
Domicilio		Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono		Teléfono Alterno		
Su niño(a) tiene Dentista?		SI NO	Si, Nombra del Dentista:	
Cuándo fue la última visita de su niño(a) al Dentista?		< 6 Meses	6 Meses	1 Año > 1 Año Nunca
HISTORIAL DE SALUD (seleccione todos los que correspondan)				
Problemas Dentales Recientes		Anemia	Medicamentos actuales (listar todo)	
Asma o Resuello		Desmayos / Ataques / Epilepsia		
Problemas de Comportamiento		Problemas de Hígado / Hepatitis	Alergias	
Autismo		Problemas de Riñones		
ADHD		Problemas de Tiroides	Nombre del doctor de primaria	
Diabetes		Problemas estomacales / Ulceras		
Hemofilia / Problemas de Sangrado		Tuberculosis	Nombre de la farmacia preferida	
Alergia a la plata		Cáncer		
Trastorno Cardíaco Congénito		ANTIBIÓTICO NECESARIO ANTES DEL TRATAMIENTO		
Problemas del Corazón (Describir):				
El estado de Kansas y los profesionales dentales que administran este programa están dedicados a mejorar la salud bucal de su hijo al ofrecer servicios dentales de extensión. Los servicios pueden incluir tratamiento provisto dos (2) veces durante el año escolar. Después de que su hijo sea tratado, recibirá un informe que describe qué servicios se brindaron junto con una remisión dental, si es necesario. Los datos obtenidos de estos servicios se pueden utilizar de forma anónima con fines estadísticos para el Departamento de Salud y Medio Ambiente de Kansas (KDHE) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). La información de salud específica de su hijo nunca se divulgará de ninguna forma o publicación; sin embargo, está otorgando permiso y dando su consentimiento para una fotografía con fines publicitarios que pueden incluir medios impresos, televisión o Internet. El consentimiento se da voluntariamente sin compensación.				
CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO				
Autorizo a PrairieStar Health Center a proporcionar servicios dentales preventivos para mi hijo ya facturar a mi seguro por los servicios prestados.				
Nombre de la Compañía de Seguro				
Nombre del titular de la póliza		Fecha de nacimiento del titular de la póliza		
ID de grupo o número de seguro social del titular de la póliza				
FIRMA DEL PADRE / TUTOR		FECHA		

SCHOOL - DENTAL OUTREACH PROGRAM (2025-2026 Consent Form)



PRAIRIE STAR
Health Center
non-profit • FQHC

NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO
----------------------------	----------------------------

PAUTAS DE INGRESOS DEL HOGAR

PrairieStar Health Center (PrairieStar) es un Centro de Salud Calificado por el Gobierno Federal (FQHC). Recibimos financiación y subvenciones federales. Como parte de esta financiación, estamos obligados a recopilar datos de ingresos de todos los pacientes al menos una vez al año. Estos datos se utilizan para establecer programas que satisfagan las necesidades de nuestros pacientes.

POR FAVOR, SELECCIONE EL INGRESO QUE MEJOR DESCRIBA SU SITUACIÓN

Número de personas en el hogar	1	2	3	4	5	6	7	8
Ingresos anuales menos que	\$15,960	\$21,640	\$27,320	\$33,000	\$38,680	\$44,360	\$50,040	\$55,720
Ingresos anuales entre	\$15,961	\$21,641	\$27,321	\$33,001	\$38,681	\$44,361	\$50,041	\$55,721
Ingresos anuales entre	\$23,940	\$32,460	\$40,980	\$49,500	\$58,020	\$66,540	\$75,060	\$83,580
Ingresos anuales entre	\$23,941	\$32,461	\$40,981	\$49,501	\$58,021	\$66,541	\$75,061	\$83,581
Ingresos anuales entre	\$27,930	\$37,870	\$47,810	\$57,750	\$67,690	\$77,630	\$87,570	\$97,510
Ingresos anuales entre	\$27,931	\$37,871	\$47,811	\$57,751	\$67,691	\$77,631	\$87,571	\$97,511
Ingresos anuales entre	\$31,920	\$43,280	\$54,640	\$66,000	\$77,360	\$88,720	\$100,080	\$111,440
Ingresos anuales más que	\$31,921	\$43,281	\$54,641	\$66,001	\$77,361	\$88,721	\$100,081	\$111,441

CONSENTIMIENTO PARA FLUORURO DIAMINO DE PLATA (FDP)



HECHOS A CONSIDERAR

- El fluoruro de diamina de plata (FDP) es un líquido que ayuda a detener la caries dental. El tratamiento se reaplica cada 3, 6 y 12 meses
- Se aplica una pequeña cantidad de FDP en la zona del diente cariado.
- No permita que su niño coma o beba durante una hora después del tratamiento con FDP y no se cepille los dientes hasta la mañana siguiente.
- El área cariada se manchará de negro permanentemente.
- La estructura dental sana no se manchará.
- No se debe usarse FDP si:
 - Yo tengo alergia a la Plata. Posible reacción alérgica.
 - Hay heridas dolorosas o áreas con llagas en las encías o en cualquier otra parte de la boca.

POSIBLES RIESGOS DE FDP

- Rellenos blancos y coronas dentales de color blanco se pueden oscurecer si FDP se aplica a ellos.
- Después del tratamiento con FDP, todavía podría ser necesario el poner un relleno o corona.
- Si accidentalmente FDP se aplica sobre la piel o las encías, una mancha café o blanca podría aparecer la cual no causa ningún dano. Esta mancha no puede ser lavada y desaparece en una a tres semanas.
- Manchas oscuras permanente si cae FDP en la ropa.
- Reacciones alérgicas.
- Riesgo de que el procedimiento no detenga la caries dental.
- No todas las caries son apropiadas para ser tratadas con FDP.

TRATAMIENTOS ALTERNATIVOS A FDP, NO LIMITADOS A LO SIGUIENTE:

- Ningún tratamiento, lo cual puede resultar en que se siga quebrando el diente. Los síntomas podrían empeorar.
- Poner rellenos o coronas, extracciones, o referir a un especialista.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

He leído este formulario. Entiendo el tratamiento y he tenido la oportunidad de hacer preguntas. He visto fotos y me han hecho saber cómo se verán mis dientes después de que el tratamiento SDF decolora las caries.

Doy mi consentimiento y autorizo a PSHC Dental Outreach a usar fluoruro de diamina de plata para ayudar a detener la caries dental.

FIRMA DEL PACIENTE / PARIENTE / TUTOR	FECHA
--	--------------