

NOMBRE _____ Profesor _____
(legal) _____ Escuela _____ Grado _____

Tooth B.U.D.D.S. ANTECEDENTES MÉDICOS / CONSENTIMIENTO
Bringing Understanding of Dental Disease to Schools
(Ayudando a entender las enfermedades dentales en las escuelas)

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Grupo racial: Blanco Hispano Nativo americano Afroamericano Otro

Nombre del progenitor/tutor legal: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono fijo/celular del progenitor: _____ Mensajes de texto: S N Correo electrónico: _____

¿Su hijo/a tiene o califica para el AHCCCS? SÍ NO En caso afirmativo, nombre del plan y número de identificación: _____

¿Su hijo/a tiene seguro dental PRIVADO? (solo para fines estadísticos) SÍ NO

ANTECEDENTES / INFORMACIÓN DENTALES

1. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última revisión dental de su hijo/a? **(Por favor, rodee con un círculo)**

Menos de un año

Más de un año

Nunca ha ido al dentista

2. ¿Su hijo/a tiene algún tipo de dolor en la boca (dolor de muelas, dolor en las encías, etc.)? SÍ NO

3. ¿Su hijo/a tiene un dentista habitual? SÍ NO En caso afirmativo, nombre del dentista _____

Autorizo a que mi hijo/a reciba los siguientes servicios GRATUITOS de un higienista dental autorizado:

(por favor, escriba sus iniciales donde corresponda)

_____ **TODOS** los tratamientos preventivos ofrecidos: cribado dental, limpieza, selladores, barniz de fluoruro y fluoruro diamino de plata.

O SELECCIONE CUÁLES...

Cribado ☐ Selladores ☐ Limpieza ☐ Barniz de fluoruro ☐ Fluoruro diamino de plata ☐

_____ **NINGÚN SERVICIO** por el momento.

ANTECEDENTES MÉDICOS

Su hijo/a tiene o ha tenido (por favor, rodee con un círculo):

Asma	SÍ NO	Cardiopatía congénita	SÍ NO
Soplo cardíaco	SÍ NO	Fiebre reumática	SÍ NO
Diabetes	SÍ NO	Problemas de coagulación	SÍ NO
Convulsiones	SÍ NO	Articulaciones o miembros ortopédicos	SÍ NO
Tuberculosis	SÍ NO		

Alergia a...

Látex	SÍ NO
Medicamentos	SÍ NO
Frutos secos	SÍ NO
Leche	SÍ NO
Otros	_____

1. ¿Su hijo/a está tomando algún medicamento? SÍ NO

En caso afirmativo, ¿qué medicamentos? _____

2. ¿Hay algo más que debemos saber sobre la salud de su hijo/a?

VOLTEE LA HOJA

NOMBRE

(legal)

Profesor

Escuela

Grado

EL FLUORURO DIAMINO DE PLATA (FDP) **FRENA EL DETERIORO DENTAL (CARIES) DONDE ESTÉ PRESENTE**

El fluoruro diamino de plata (FDP) es un líquido antimicrobiano que se aplica directamente sobre la caries para eliminar las bacterias que la causan y evitar que esta empeore. Se utiliza como una alternativa segura y efectiva para controlar las caries en los niños. **SIN TALADROS, SIN AGUJAS, SIN ANESTESIA.** Aunque el FDP está bien documentado para el control de las caries, le recomendamos enérgicamente que acuda a su dentista para que le haga un examen completo de rayos X.

Beneficios: Detiene el deterioro dental que conduce a la caries.



Lesión de caries DETENIDA con fluoruro diamino de plata



Evita que hasta las caries más pequeñas aumenten de tamaño

Posibles efectos secundarios:

- Las caries tratadas con fluoruro diamino de plata adquieren un color café oscuro o negro **permanente**. Esto indica que el deterioro dental se está deteniendo. Las áreas sanas del diente no se ven afectadas y mantienen su color blanco intenso. SOLO las áreas afectadas por las bacterias se vuelven oscuras.
- Si el fluoruro diamino de plata entra en contacto con la piel o las encías se producirá una decoloración **temporal** de las mismas.

Su firma en el presente documento confirma que: a) ha leído y entiende en su totalidad la información contenida en este documento, b) se le ha respondido a todas sus preguntas, c) en caso de haberla pedido, se le ha proporcionado una copia, d) comprende el tratamiento, sus riesgos y sus beneficios, y que puede rechazar este tratamiento, y e) autoriza el tratamiento dental para su hijo/a en los términos y las condiciones anteriormente descritas. ***** **NO APLICAREMOS FDP EN LOS DIENTES DELANTEROS, DONDE PUEDA VERSE.**

CONTACTO DE EMERGENCIA (en caso de que el progenitor/tutor legal no se encuentre disponible)

Nombre _____ Teléfono: (____) _____

_____ Autorizo a que la foto de mi hijo/a sea utilizada en materiales promocionales.

Soy el progenitor/tutor legal del niño arriba mencionado. He contestado a todas las preguntas sobre sus antecedentes médicos, según mi conocimiento, de la manera más correcta y precisa que he podido. Entiendo que el higienista dental asociado encargado de este tratamiento es un higienista dental autorizado por el estado de Arizona y que este tratamiento no sustituye en ningún caso a un examen dental ni a un tratamiento dental completos. Entiendo que el higienista derivará a mi hijo/a a un dentista para que este le aplique un tratamiento más allá del ámbito de actuación del higienista, y que si mi hijo/a no recibe este tratamiento, el higienista dental puede no continuar tratándole.

Nombre del progenitor/tutor legal (sin unir las letras entre sí) _____

Firma _____ Fecha _____