

**PERMISO INFORMADO—SELLADORES DENTALES/BARNIZ DE FLUORURO/LIMPIEZA DENTAL**

**\* POR FAVOR DEVUELVA ESTA HOJA A LA MAESTRA DE SU HIJO\***

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Sexo: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_ Fecha de naci \_\_\_\_\_  
(Apellido(s) primer nombre 2º nombre)  
Escuela: \_\_\_\_\_ Maestra/o: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

**Si**, quiero que mi hijo participe en el programa de prevención dental en la escuela y autorizo a Forward Health y/u otra compañía de seguridad que sea cargada para los servicios aplicables (por favor complete el resto del formulario).

**PERMISO: He leído, o me han leído, y entiendo la información en este formulario. Yo doy mi permiso libre e informado al Departamento de Salud de Menasha para a.) ser examinado por un dentista/higienista dental registrado para que determine la necesidad de los selladores dentales y /o el tratamiento de barniz de flúor si es necesario. b) El tratamiento de barniz de flúor es aplicado por un higienista dental registrado, c) el control de la aplicación y retención de los sellos dentales es revisado por un higienista dental registrado. Este permiso dura dos años.**

Firma de padre/madre/guardián: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**No, no** quiero que mi hijo participe en el programa de prevención dental en la escuela.

Firma de padre/madre/guardián: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Si su hijo está participando en el programa de prevención dental, por favor responda a las preguntas abajo.**

Raza: **(rodee todos que aplican)** blanco, africano-americano, asiático, de la isla pacífica, nativo-americano, hispano, otro \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de seguro dental tiene su hijo?

Forward Health/Medicaid/BadgerCare  Seguro privado (ie Delta, Cigna)  Ninguno  
 Otro \_\_\_\_\_

**Note: ningún alumno será rehusado basado en la cobertura de seguro dental**

**Indique que SÍ o NO los siguientes que APLICAN A SU HIJO:**

¿Usa medicina prescrita del doctor?  sí  no

¿Necesita o usa más cuidado médico que otros niños de su misma edad?  sí  no

¿Tiene dificultad hacer las cosas que los demás niños de su edad pueden hacer?  sí  no

¿Necesita o recibe terapia especial, como terapia física, terapia ocupacional o terapia de habla/lenguaje?  sí  no

¿Necesita servicios de orientación o consejería acerca de problemas de comportamiento, emoción, o retrasos de caminar, hablar u otras actividades que los demás niños pueden hacer?  sí  no

**Si usted indicó que sí en las casillas arriba:**

¿Ha durado este problema al menos 12 meses o cree usted que el problema va a durar 12 meses más?  sí  no

**Anote las medicinas de recta que su hijo toma de base regular:** \_\_\_\_\_

Las siguientes preguntas nos ayudan a determinar el número de tratamientos que su hijo necesita:

¿Toma su hijo suplementos de fluoruro?  sí  no

¿Toma su hijo el agua de la ciudad, agua de botella, o agua de pozo? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido su hijo un tratamiento de fluoruro durante el año pasado?  sí  no **de ser sí, cuando** \_\_\_\_\_

¿Ha visitado su hijo al dentista en el año pasado?  sí  no Fecha de la última visita \_\_\_\_\_

**Rodee todos que aplican (si su hijo usa un autoinyector de epinefrina, por favor asegure que haya uno en la escuela)**

¿Tiene su hijo asma o problemas de respiración?

Por favor apunte las alergias de su hijo: \_\_\_\_\_

**El tratamiento que recibirá su hijo en este programa no pretende ser una alternativa al cuidado dental regular. Todavía es muy recomendable que visite un lugar dental (dentista familiar) para el cuidado dental de rutina incluyendo la atención de seguimiento que se puede recomendar después de que su hijo haya completado en la escuela el programa basada en la salud oral.**

# Wisconsin SEALS Child-Level Data Collection Form

1. Program Name: \_\_\_\_\_ 2. Event/Site Name: \_\_\_\_\_  
 3. Patient Name: First \_\_\_\_\_ Last \_\_\_\_\_  
 4. ID #: \_\_\_\_\_ \*Each child's ID # must be unique for that event; do not use duplicate ID #'s at any one event.  
 5. Sex: \_\_\_\_\_ (0 = Male, 1 = Female) 6. Grade: \_\_\_\_\_ (0 = Kindergarten) 7. DOB \_\_\_\_\_ 8. Age: \_\_\_\_\_  
 9. Race/ethnicity (Check all that apply): \_\_\_\_\_ White \_\_\_\_\_ Black/African American \_\_\_\_\_ Asian \_\_\_\_\_ Hispanic  
 \_\_\_\_\_ American Indian/Alaska Native \_\_\_\_\_ Native Hawaiian/Pacific Islander \_\_\_\_\_ Other  
 10. Special health care needs: \_\_\_\_\_ (0 = No, 1 = Yes)  
 11. Medicaid/SCHIP status \_\_\_\_\_ (0=Medicaid, 1=SCHIP, 2=Uninsured, 3=Private Insurance, 99=Unknown)

**I. Screening** – D = decay, F = filled, M = missing, S = sealant present, PS = prescribe sealant,  
 RS = recommend reseat, no mark = no treatment recommended

1	2	3	4	5	12	13	14	15	16	Sealant Prescriber's Signature  Date _____
										Fluoride Prescriber's Signature  Date _____
32	31	30	29	28	21	20	19	18	17	

Comments: \_\_\_\_\_

12. Untreated Cavities: 0 = No untreated cavities 1 = Untreated cavities present	13. Caries Experience: 0 = No caries experience 1 = Caries experience	14. Sealants Present: 0 = No sealants 1 = Sealants present
15. Treatment Urgency: 0 = No obvious problem 1 = Early dental care 2 = Urgent care	16. Referred for treatment: 0 = No 1 = Yes	17. Decayed or filled teeth: a. 1 <sup>st</sup> molars      b. 2 <sup>nd</sup> molars <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div></div>

**II. Preventive Services** - Mark the teeth where sealants were placed with an S.

1	2	3	4	5	12	13	14	15	16	Provider's Signature  Date _____
32	31	30	29	28	21	20	19	18	17	

Comments: \_\_\_\_\_

18. Number of teeth sealed among: a. 1 <sup>st</sup> molars      b. 2 <sup>nd</sup> molars      c. other <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div></div>	19a. Fluoride treatment received: 0 = none 1 = varnish 2 = gel/foam/rinse	19b. # of varnish applications <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div>	Varnish application dates & provider initials 1) _____ 2) _____ 3) _____
---	--	---	---

**III. Follow-Up** - Mark teeth where sealants were retained with an R.

1	2	3	4	5	12	13	14	15	16	Evaluator's Signature  Date _____
32	31	30	29	28	21	20	19	18	17	

Comments: \_\_\_\_\_

20. Number of teeth retaining a program sealant:	21. Subsequent visit for restorative treatment: 0 = No 1 = Yes 99 = Unknown, no follow-up performed by program
--	---

<b>For Office use Only</b>	<b>Codes</b>
Date _____ Amount Billed _____	D1206 = Fluoride Varnish
Date _____ Amount Billed _____	D1351 = Sealant
Date _____ Amount Billed _____	D0191 = RDH Exam
Date _____ Amount Billed _____	D0120 = DDS Exam
	D1120 = Child Prophy

**Overall assessment of the dental caries risk: High  Moderate  Low**