



# Project Saving Smiles



8000 North Stadium Drive #26 Houston, TX 77054-1823 832-395-0054

HOUSTON HEALTH  
DEPARTMENT

## INVITACIÓN ESTUDIANTIL PARA PROJECT SAVING SMILES

Revisión Dental **sin ningún costo para usted**, Selladores, Aplicación de Esmalte de Fluoruro y Educación Sobre Salud Oral **Para Los Estudiantes de la Secundaria y Preparatoria**

¡Atención Padre/Tutor Legal!

Los dientes de su niño/a son importantes y pueden durar toda una vida. El mantener los dientes de su niño/a limpios es muy importante en la prevención de caries, mal aliento y pérdida de dientes debido a las caries. Los dientes nos permiten masticar vegetales y frutas saludables y crujientes. Los niños se desempeñan bien en la escuela cuando ellos no tienen problemas con sus dientes. Cuando los dientes se mantienen sanos las sonrisas son bellas!

La escuela de su hijo/a ha sido seleccionada para participar en el **Project Saving Smiles (PSS)**. Este proyecto provee Revisión Dental **sin ningún costo para usted**, Selladores, Aplicación de Esmalte de Fluoruro y Educación Sobre Salud Oral para alumnos **de la Secundaria y Preparatoria**. El Departamento de Salud de Houston y asociados llevarán a cabo este proyecto. Después de la revisión, le daremos a su hijo/a un reporte escrito para que lleve a la casa, explicando cuál es la condición dental del mismo/a y cuál fue el tratamiento que se le proporcionó.

El esmalte de fluoruro es una capa protectora que se aplica en los dientes para ayudar a prevenir caries nuevas y para ayudar a detener las que ya han comenzado. Los selladores dentales son capas finas que se aplican a las superficies de masticar en los dientes posteriores para prevenir las caries. Si su niño/a no tiene caries en los dientes permanentes posteriores, él/ella sera elegible para recibir selladores dentales. Los selladores pueden ser revisados dentro de un año para comprobar que todavía permanecen en los dientes. Si es necesario, se aplicarán selladores nuevos como así también otra capa de esmalte de fluoruro. No se necesita aplicar inyecciones o anestesia para estos procedimientos preventivos.

Para permitir que su hijo/a participe en PSS, por **favor lea, complete, y firme la forma de consentimiento. Regrese la forma a la escuela lo antes posible.** Sólo los estudiantes con la forma completa y firmada serán elegibles para participar en este programa. Si usted tiene alguna pregunta o preocupación, por favor comunicarse con la **enfermera de la escuela** de su hijo/a.

El Departamento de Salud de Houston y asociados desean servir a sus hijos/as al mismo tiempo que mejoran la salud dental de los niños de Houston.

### **Padre/Tutor Legal Debe Completar El Consentimiento De HISD En La Portion De Abajo**



HOUSTON INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

Consentimiento de Transporte

Por el presente doy mi consentimiento para permitir que mi hijo/a, \_\_\_\_\_, Nombre Del Estudiante

sea transportado en autobús al West End Health Center (190 Heights Blvd, Houston, TX 77007) en una excursión a la clínica de Project Saving Smiles. La excursión estará acompañada por maestros/colaboradores entre las 8:00 am y las 2:00 pm. Esto es para certificar que el niño/a nombrado en este consentimiento tiene su permiso para ir a la excursión al evento de Project Saving Smiles en el West End Health Center. En caso de una emergencia, será contactado al número de teléfono que proporciona a continuación.

**Sí Doy**  **No Doy** mi consentimiento para que mi hijo/a participe en Project Saving Smiles.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Lea, complete y firme el formulario de consentimiento y devuélvalo a la enfermera de la escuela de su hijo/a.**



# Project Saving Smiles



8000 North Stadium Drive #26 Houston TX 77054-1823 832-395-0054

HOUSTON HEALTH DEPARTMENT

ESCUELA: \_\_\_\_\_

## FORMA DE CONSENTIMIENTO PARA LOS PADRES

Revisión Dental **sin ningún costo para usted**, Selladores, Aplicación de Esmalte de Fluoruro y Educación sobre Salud Oral  
Complete la siguiente información en **tinta negra solamente** y firme el Consentimiento General para que su hijo/a participe en este programa.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (LETRA DE MOLDE)		<input type="checkbox"/> NIÑO <input type="checkbox"/> NIÑA	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/YYYY)
DIRECCIÓN	APT. #	ZONA POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO	
PADRE/TUTOR LEGAL (LETRA DE MOLDE)		MAESTRO		

Etnicidad de su hijo/a:  Blanca  Negra  Hispana  Asiática  Indio Americana o Nativo/a de Alaska  Otro

Complete la información del seguro médico o aseguranza a continuación (Detalle). Su hijo/a recibirá el examen aun si no está asegurado, sin ningún costo para usted.

Medicaid (DQ/MCNA) \_\_\_\_\_  Seguro Privado \_\_\_\_\_  CHIP \_\_\_\_\_  Sin Seguro \_\_\_\_\_  WIC \_\_\_\_\_

Mi hijo/a es alérgico a:  NADA  Alergias: \_\_\_\_\_

Mi hijo/a está tomando (apunte los medicamentos):  NINGUNO  Medicamentos: \_\_\_\_\_

Mi hijo/a tiene los siguientes problemas medico(s):  NINGUNO  Problema cardíaco  Asma  Epilepsia/convulsiones  Diabetes

Otro (por favor describa) \_\_\_\_\_

Consideraciones de comportamiento (por favor describa) \_\_\_\_\_

Número de Miembros en el Hogar:  1  2  3  4  5  6  7  8  9 o más

Ingreso anual del hogar  \$0 - \$23,000  \$23,001 - \$32,000  \$32,001 - \$40,000  \$40,001 - \$48,000  
 \$48,001 - \$56,000  \$56,001 - \$64,000  \$64,001 - \$72,000  \$72,001 - \$80,000  >\$80,000

Autorizo que el Departamento de Salud le tomen fotografías a mi hijo/a o a sus dientes con propósitos educativos o promocionales.  Sí  No

Si necesitamos llamarle o mandarle una nota, cual es su idioma preferida?  Español  Inglés  Otra: \_\_\_\_\_

### Consentimiento General

Entiendo que se requiere un consentimiento antes de que se puedan proporcionar estos servicios. Por la presente doy consentimiento para que mi hijo/a reciba una revisión dental **sin ningún costo para usted**, aplicación de esmalte de fluoruro y, si fuera elegible, selladores dentales preventivos. Entiendo que puede ocurrir una reacción alérgica si mi hijo/a es alérgico/a al látex o a los materiales dentales que se usan para la revisión dental, para aplicar los selladores y para la aplicación de esmalte de fluoruro. Entiendo que estos servicios dentales son ofrecidos como medidas preventivas y que no eliminan la necesidad de un examen dental de rutina por un dentista y radiografías periódicas. Ya que no soy yo quien acompaña a mi hijo/a esta revisión, autorizo a la enfermera de la escuela o a un representante de la escuela apropiado a que sea el adulto que acompañe a mi hijo/a en esta actividad. Doy consentimiento para que la información anónima que se obtenga de este programa sea usada para beneficiar la salud oral de la comunidad, y para acceder información académica y de asistencia. Los selladores de su niño/a pueden ser revisados dentro de los próximos dos años para asegurarse de que están todavía allí. Si fuera necesario, se aplicarán nuevos selladores sin costo alguno y se aplicará otra capa de esmalte de fluoruro. **Autorizo mis beneficios del seguro a ser pagados directamente al proveedor de servicios médicos. Autorizo al proveedor médico o compañía de seguros para liberar toda la información necesaria para esta información.** Además, entiendo que puedo retirar mi consentimiento para los servicios dentales ofrecidos en cualquier momento dando una notificación escrita a la enfermera de la escuela. De otra manera, este consentimiento permanecerá en efecto por dos años desde la fecha que fue firmada.

Firma del Padre/Tutor Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

NOTIFICACIÓN SOBRE PRIVACIDAD Con pocas excepciones, usted tiene el derecho de pedir y recibir la información que la Ciudad de Houston adquiere sobre usted. Usted tiene el derecho de recibir y revisar esa información si lo requiere. También tiene usted el derecho de pedir que la agencia de la ciudad corrija cualquier información que esté incorrecta. Para más información, póngase en contacto con Carol Smith, Oficial de Privacidad, Departamento de Salud de Houston a [Carol.Smith@houston.tx.gov](mailto:Carol.Smith@houston.tx.gov).