



**SKIPPY**

*San Juan Kids Cavity Prevention Program*

## Formulario de Inscripción de SKIPPY+

¡Usted habló y nosotros escuchamos! Skippy, ahora Skippy+, es nuevo y renovado. Tal cómo Skippy, Skippy+ seguirá siendo un programa de prevención de caries basada en evidencia, pero ofrecerá nuevos servicios para niños entre el preescolar y el 12° grado . Ahora ofrecemos radiografías, cuidado restaurativo y un examen dental hecho por un dentista. Además estaremos ofreciendo clínicas dentales locales para rellenos y otros tratamientos necesarios, ayudando a mejorar y mantener la salud general de su hijo.

Tri-County Health Network ha estado proveyendo Skippy por más de 8 años en las escuelas primarias en los condados de Montrose, Ouray, y San Miguel. Hemos tenido más de 100 clínicas de Skippy, proporcionando más de 5.000 tratamientos a niños locales.

¡Skippy es efectivo! Para niños que asisten rutinariamente a Skippy, el porcentaje de niños con caries no tratadas ha sido reducido un 20%, **9% bajo el promedio nacional**.

**Si su hijo no tiene un dentista que él/ella visita regularmente para chequeos, ¡entonces Skippy+ es para usted!**

**Servicios Ofrecidos:** si su hijo participa en Skippy+, nosotros proveeremos los siguientes servicios en su escuela:

- Tomar radiografías
- Limpiar los dientes de su hijo
- Aplicar fluoruro a los dientes de su hijo
- Examen dental realizado **por un dentista**
- Sello de los dientes permanentes de su hijo, como sea necesario
- Le enseñamos a su hijo a cepillarse los dientes correctamente
- Proporcionamos un cepillo de dientes y pasta dental
- Proporcionamos un reporte de la salud oral de su hijo
- Referencia a nuestra clínica para restauración terapéutica provisional, si es que fuera necesario
- Ayuda de inscripción en un seguro de salud

**Costo:**

- Skippy+ es ofrecido a todas las familias a ningún costo de su bolsillo.
- Sin embargo, si tiene Medicaid, CHP+ o un seguro privado, nosotros mandaremos la factura por los servicios como cualquier otro dentista.

**Riesgos:**

- El material usado y el cuidado dental proporcionado por el programa de Skippy+ son los mismos comúnmente utilizados en oficinas dentales.
- El cuidado dental puede tener riesgos que son raros y mínimos.
- Los higienistas dentales proporcionan el servicio dental con la cooperación de un dentista que sigue con los procedimientos de seguridad estándares, los cuales incluyen usar guantes sin látex, mascarilla y protectores de ojos.

TRI-COUNTY HEALTH NETWORK





**SKIPPY**

*San Juan Kids Cavity Prevention Program*

## Formulario de Inscripción de SKIPPY+

### Política De Privacidad:

- Información recolectada en este programa será mantenida privada, a menos que sea requerida por la ley o para cobrar su seguro, y solo será compartida dentro del programa de Skippy+.
- Si su hijo no tiene seguro médico, nuestro Navegador lo contactará para ofrecer ayuda para obtener cobertura.

### Retiro:

- La participación en este programa es voluntaria; su hijo no tiene que participar en Skippy+.
- El consentimiento es válido por todo el año escolar- ambos semestres de otoño y primavera; a menos que sea revocado.

### Derechos:

- Haga preguntas y asegúrese de que sean contestadas a su satisfacción antes y después de firmar el formulario de consentimiento.
- Si desea más información o si tiene preguntas, contacte a TCHNetwork al 970-708-7096

TRI-COUNTY HEALTH NETWORK

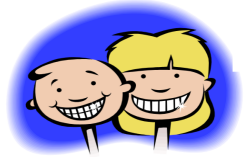


**Para inscribir a su hijo en este programa, por favor:**

- 1. Complete y firme el "Formulario de Historial de Salud"**
- 2. Devuelva el formulario a la escuela**

# PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE CARIES PARA NIÑOS DE SAN JUAN

## Historial de salud / Formulario de consentimiento



### INFORMACIÓN PERSONAL DEL JOVEN

Primer nombre:  Primera inicial del   
Segundo Nombre:

Apellido:

Colegio:

Grado:  Fecha de Nacimiento:  /  /  Sexo:  Masculino  Femenino

Primer Nombre del Padre o Tutor Legal:

Apellido:

Teléfono de Casa: (  )  -  Celular: (  )  -

Dirección:

Ciudad:  Estado:

Código Postal:

Correo Electrónico:

Lenguaje que se habla en el hogar: Inglés/English  Español  Otro

Raza del joven (incluya todas las que correspondan)

Negro / Afroamericano  Nativo americano/Nativo de Alaska  Asiático  Hawaiano / Isleño del Pacífico  Blanco

Hispano o Latino  NO Hispano o Latino  NO quiero contestar

### SALUD DEL JOVEN

1. ¿El joven ha tenido problemas de salud graves? SI  NO  Contesta SI...¿que fue? \_\_\_\_\_

2. ¿El joven está en el cuidado de un doctor? SI  NO  Contesta SI...¿para qué? \_\_\_\_\_

3. Marque cualquiera de las condiciones que ha tenido:  
Epilepsia  Asma  Soplo cardíaco  Convulsiones  Diabetes

4. ¿Su niño está tomando alguna medicina? SI  NO  Contestando SI, por favor haga una lista: \_\_\_\_\_

5. ¿Su niño es alérgico al látex? SI  NO

6. ¿Su niño tiene un dentista? SI  NO

Nombre del dentista:

7. ¿Necesita ayuda para encontrar a un dentista? SI  NO  8. Fecha de última limpieza dental:  /  /

9. ¿Quisiera decirnos algo sobre la experiencia de su niño o niña con el dentista? SI  NO  Contestando SI, por favor explique: \_\_\_\_\_

10. ¿Su hijo es elegible para almuerzo gratis por la escuela? SI  NO

Para más información llame a TCHNetwork: 970.708.7096

SKIPPY ID #

4686



**INFORMACIÓN DEL PAGO - TIENE QUE LLENARLO Y FIRMAR ABAJO**

Si tiene seguro dental, Medicaid o CHP+ nosotros cobraremos a su seguro por los servicios. Si su niño está recibiendo tratamiento dental con un dentista, participación en SKIPPY es una duplicación de esos servicios y puede resultar en que su seguro de salud sea negado para cuidado dental.

Su niño tiene seguro medico? SI  NO

Nombre de la compañía del seguro medico:

Su niño tiene medicaid? SI  NO

Si tiene el # de Medicaid ID\*:

Su niño tiene CHP+? SI  NO

Si tiene el # de CHP+ ID\*:

**\*Si no sabe el # de Medicaid o CHP+ cual es el # del seguro social (Social Security):**

-  -

Su niño tiene seguro dental? SI  NO

Si es que si llene la información siguiente:

Nombre de la compañía del seguro dental:

# del telefono: (  )  -

Dirección del seguro dental:

Ciudad:  Estado:  Código:

Nombre del asegurado:

Primero:

Ultimo:

Varón  Hembra

Fecha de Nacimiento:  /  /

Plan/Grupo #:

Socio ID #:

Nombre del Empleador:

Dirección del Empleador:

Ciudad:  Estado:  Código:

**CONSENTIMIENTO:** La información en esta página y en el historial de salud está correcta según mi mejor conocimiento. Yo consiento y autorizo al dentista licenciado y a los higienistas dentales de Tri County Health Network (TCHN) a llevar a cabo los servicios dentales mencionados arriba, según sea necesario. Entiendo que mi seguro será facturado para la sostenibilidad de este programa, si es aplicable. Yo solicito y autorizo la liberación de cualquier información en este formulario e información adquirida durante el tratamiento dental para los propósitos de hacer pagos y de hacer referencias médicas según la necesidad de TCHN. También autorizo a TCHN a entregar reclamaciones a mi compañía de seguro en mi nombre, y autorizo a mi compañía de seguro a pagar beneficios directamente a TCHN, según sea aplicable. En caso de que cualquier pago de seguro sea pagado directamente al asegurado por fondos adeudados a esta cuenta, estoy de acuerdo en pagar estos fondos inmediatamente a TCHN.

Firma del Padre o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha:  /  /

Escriba su nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: (  )  -

**ESTE CONSENTIMIENTO ES VÁLIDO POR EL AÑO ESCOLAR COMPLETO A NO SER REVOCADO**

**Por favor devuelva este formulario a la escuela a más tardar 2 semanas antes de la clínica de SKIPPY+**

SKIPPY ID #

4686

