



Enfermera de la escuela dental de los niños .

WellPartners proporciona atención dental gratuita a los niños que asisten a las Escuelas Públicas de los condados de Lexington y Richland.

Califican:

- Los niños califican automáticamente si tienen almuerzo gratis o reducido.
- Los niños no deben ser elegibles para Medicaid.
- Los niños no deben tener seguro dental

Nuevos niños elegibles:

Las enfermeras deben primero verificar la elegibilidad. No dar a los niños formas para llevar a casa de sus padres hasta que se sepa que son elegibles.

Padres:

Completar y firmar la porción de sus hijos del formulario de certificación / Remisión e Historia de la Salud de sus hijos (Frontal y posterior).

Enfermeras:

Por favor firme y ponga la fecha en el Formulario de Certificación / Referencia de la fecha de niño e incluya su número de teléfono de contacto. Programar la primera cita después de que toda la información es completada por el padre de familia . Por favor informar a los padres que todos los niños se ven en el orden en que firman al entrar . Informar a los padres que se les pide que permanezcan en el área de espera, mientras que su hijo está teniendo el tratamiento dental

Niños Elegibles recalifican:

Cada niño debe re-calificar para la elegibilidad cada dos años. El personal WellPartners notificará a los padres ponerse en contacto con la enfermera de la escuela y la enfermera de la escuela pasará por el proceso original de elegibilidad.

La caries dental afecta a los niños en los Estados Unidos más que cualquier otra enfermedad infecciosa crónica. La caries dental no tratada provoca dolor e infecciones que pueden conducir a problemas; tales como comer, hablar, jugar y aprender.

La buena noticia es que la caries dental y la otra por vía oral enfermedades que pueden afectar a los niños se puede prevenir. La combinación de los selladores dentales y el fluoruro tienen el potencial de eliminar casi la caries dental en niños en edad escolar.

Centro de Control de enfermedades y Prevención (CDC), 2012

Sus hijos pueden calificar para servicios dentales gratuitos a través WellPartners. Póngase en contacto con la enfermera escolar de su hijo para obtener más información.

Información para Madres:

Salud oral deficiente de la madre, incluyendo la caries dental y la enfermedad periodontal antes y durante el embarazo, se ha relacionado con pobres resultados del nacimiento y del embarazo, como parto prematuro y bajo peso al nacer. Además, lo que garantiza una buena salud oral para las mujeres durante el período prenatal desempeña un papel vital en la promoción de la salud bucal de sus hijos después del nacimiento.

La evidencia creciente sugiere que la gingivitis y la periodontitis materna pueden ser un factor de riesgo de parto prematuro y otros resultados adversos del embarazo.

*National Maternal and Child Oral Health Resource Center (NMCOHRC), 2008
Journal of American Dental Association (JADA), 2012*

Contacte a Palmetto Health-Healthy Start Program para mas informacion 803-296-3780 or 800-249-434.



Clinica Dental de Niños	
WellPartners Adult & Children's Dental Clinics Lexington County Health Department Red Bank Crossing 1070 South Lake Dr., Suite B Lexington, SC 29073 803-888-3271	WellPartners Children's Dental Clinic Richland County Health Department 2000 Hampton Street, Suite 4090 Columbia, SC 29204 803-888-1590

CERTIFICACION / FORMA DE REFERENCIA

Marque una: Nuevo Recertificacion

Nombre del Niño: _____

Apellido
Nombre
Segundo nombre

Fecha de nacimiento: _____ # Seguro Social : _____

Condado: _____ Nombre de la escuela: _____

Nombre del Padre/Guardian: _____ Tel #: _____

Dirreccion: _____

Calle

Ciudad/Estado/Zip

Marque aqui para certificar que el nombre del nino ese legible y ha sido elegible y ha sido apropiadamente certificado para recibir servicios de la Clinica Dental para NIÑOS.

Enfermera /Miembro del staff : _____ Tel #: _____

Escuela /Agencia: _____ Fecha : _____

Permiso de los padres: Doy mi permiso para que el niño mencionado anteriormente reciba tratamiento dental completo de la Clínica Dental de los Niños, que incluye todos los procedimientos dentales estándar y puede implicar la administración de la anestesia. Yo entiendo que una receta para un medicamento puede ser recetado por el dentista, si es necesario. Libero más lejos de la responsabilidad personal y los voluntarios de la Clínica Dental de los Niños. Este programa está financiado por la United Way de los Midlands.

*****Firma del Padre /Guardian:** _____

Cita hecha por : _____, _____

Hora Fecha



Clinica Dental de Niños	
WellPartners Adult & Children's Dental Clinics Lexington County Health Department Red Bank Crossing 1070 South Lake Dr., Suite B Lexington, SC 29073 803-888-3271	WellPartners Children's Dental Clinic Richland County Health Department 2000 Hampton Street, Suite 4090 Columbia, SC 29204 803-888-1590

Historia de Salud del Niño

Las siguientes preguntas y respuestas son para nuestros records solamente y se consideran confidenciales.

Ultimo examen medico: _____ Doctor : _____ Tel#: _____

Dirreccion del Doctor: _____

Esta su hijo bajo cuidado de algun Doctor? SI No
 Si si porque? _____

Esta su hijo tomando algun medicamento? SI No
 Si si , que medicamento s? _____

Es su hijo(a) hemofilico ? SI No

Ha estado su hijo hospitalizado? SI No

Si si , explique la razon de la hospitalizacion _____

Indique si su hijo tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

CONDICIONES —ENFERMEDADES—TRATAMIENTOS

- | | | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Anemia | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | Problemas de sinusitis | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Asthma | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | Condicion de la tiroides | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Alergias /Fiebre de heno | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | Enfermedad de higado/rinon | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | Desmayos or Mareos | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Hepatitis o ictericia | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | habitos de nervios /Problemas | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Epilepsia or Convulsiones | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | Desordenes alimenticios | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Sangre estomago o intestino | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | Presion alta o baja | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Soplo del Corazon | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | Transfucion de sangre | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Tuberculosis (TB) | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | AIDS/Sida Positivo | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Arthritis | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | Tumores malignos | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Sangrado prolongado por cortadura/cirurgia | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | Derrame | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Enfermedad del Corazon anormal /Defecto | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | Enfermedad venerea | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |
| Fiebre reumatica o enfermedad decorazon | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no | Tratamiento de Radiacion | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> no |

Indique si su hijo tiene o ha tenido alguno de los siguientes:

