



# LA CLINICA HAPPY SMILES

Estimado padre o tutor:

Happy Smiles, el programa dental de alcance comunitario de La Clínica, visitará la escuela de su hijo este año. Happy Smiles ofrece servicios de salud dental en la escuela sin costo para los niños en los distritos escolares de Medford, Phoenix-Talent, Central Point y Rogue River.

Los servicios de Happy Smiles comienzan con un examen oral rápido y no doloroso. El tratamiento con flúor para ayudar a prevenir las caries y los selladores dentales que proporcionan protección adicional en los dientes permanentes, también están disponibles. Los resultados escritos del examen de detección se enviarán a casa con su hijo. Estos servicios son cuidados preventivos adicionales. No reemplazan los chequeos dentales regulares de su hijo.

Para obtener los servicios de Happy Smiles para su hijo, complete el formulario adjunto y envíelo de regreso a la escuela. Facturaremos a su seguro médico si tiene y si elige recibir atención de Happy Smiles. La mayoría de los seguros médicos le enviarán una explicación de los beneficios. Esto no es una factura. Si alguna vez recibe una factura por los servicios de Happy Smiles, llámenos al 541-414-1575. Nos aseguraremos de que obtenga servicios gratuitos.

Si no desea los servicios de Happy Smiles para su hijo, complete el nombre y la información de la escuela de su hijo, marque "No" y envíe el formulario a la escuela.

Si tiene preguntas sobre estos formularios o nuestros servicios, llame al 541-414-1575. ¡Esperamos poder ayudar a asegurarnos de que su hijo tenga una sonrisa saludable y feliz!

Gracias,

El equipo de Happy Smiles



**¿QUIERE QUE SU NIÑO RECIBA SELLADORES DENTALES Y FLUORURO GRATIS\*?**

*\*Estos servicios son gratis para los niños sin seguro médico. Si su niño tiene un seguro médico que cubre este tipo de servicio, nosotros enviaremos una factura al seguro médico con el costo del servicio. Esto seguirá siendo sin costo alguno para usted. Debido a que los seguros médicos pueden limitar la frecuencia con la que se cubren estos servicios, infórmele a su dentista sobre los servicios que su hijo recibe de nuestro equipo Happy Smiles.*

Escuela: _____	Grado: _____	Maestro: _____
Nombre del niño: _____		
(Nombre)	(Inicial del segundo nombre)	(Apellido)

**FAVOR DE MARCAR SÍ O NO**

**¡SÍ!**

QUIERO que mi niño reciba una evaluación dental y que se le apliquen **SELLADOR** si es necesario. Entiendo que mi niño puede hacer que revisen sus selladores en el futuro para garantizar su calidad.

**¡SÍ!**

SI QUIERO que mi niño reciba una breve evaluación y se le aplique un tratamiento de **FLUORURO**.

**NO**

NO QUIERO que mi niño reciba ninguno de estos servicios.

*La ley estatal requiere un historial médico básico de cada niño que reciba servicios. Favor de llenar este formulario y firmar abajo.*

Fecha de nacimiento:    /    /	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar
Padre/Tutor:	
Mi niño está tomando los siguientes medicamentos:	
Mi niño es alérgico a:	
Mi niño tiene:	
<input type="checkbox"/> Soplo cardíaco o ha tenido una cirugía	<input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Presión alta	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Otro (indique):
<input type="checkbox"/> Consideraciones relativas al comportamiento (describa):	

**POR FAVOR,  
FIRME ABAJO.**



He recibido enlaces a copias en línea del Aviso de Prácticas de Privacidad y Derechos y Responsabilidades del Paciente de La Clínica. Sé que puedo pedir copias impresas en cualquier momento.

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Mejor número de teléfono para contactarle durante el día: \_\_\_\_\_

MRN:	INS:	Fecha:
Maestro:	Grado:	

La Clínica recibe apoyo del gobierno para ayudar a los pacientes y participantes que califican a cubrir el costo de los servicios. Como resultado, estamos obligados a recopilar información de ingresos y del hogar de todos los que utilizan nuestros servicios. Nuestras políticas de protección de privacidad requieren que mantengamos su información personal privada.

Los centros de salud escolares de La Clínica brindan atención médica primaria y preventiva para estudiantes en colaboración con distritos escolares y socios comunitarios. (Políticas disponibles bajo petición). El examen de salud dental proporcionado a través de este programa es un breve examen visual y no reemplaza un examen dental completo realizado por un dentista. La Clínica proporciona estos servicios dentales con el apoyo del Walker Fund y las contribuciones de Oral Health America.

Nombre completo del paciente:			Fecha de nacimiento:	Seguro Social:
Nombre del padre/tutor: Fecha de nacimiento:		Relación con el paciente:		
Dirección:		Ciudad:	Código postal:	
Teléfono de casa:	Teléfono celular:	Teléfono del trabajo:	Nombre del empleador:	Tiempo completo / Tiempo parcial (circule uno)
Contacto de emergencia/número de teléfono:			¿Podemos dejarle mensajes con información de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Su hijo califica para almuerzo gratis o a precio reducido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Tamaño de la familia: Ingreso anual:	
¿Cuándo fue la última vez que su hijo vio a un dentista? (Por favor, circule uno) 0-6 meses 7-12 meses Más de 12 meses Nunca visto				
Nombre de la compañía de seguro dental:		Núm. de identificación	Núm. de grupo	
Dirección de facturación del seguro:		Nombre del asegurado principal:	Fecha de nacimiento:	
¿Está usted y su familia viviendo en la casa de alguien más? (incluye dormir en un sofá)				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>#3</b>
En los últimos 2 años, ¿usted o alguien en su hogar ha vivido en uno de los siguientes, cuidado de crianza temporal, motel, albergue, hogar grupal, centro de recuperación o cárcel?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>#2</b>
En los últimos 2 años, ¿usted y su familia se han visto obligados a mudarse a una situación temporal debido a los costos de vivienda?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>#7</b>
¿Usted y los miembros de su familia viven en uno de los siguientes: campamento, calle, puente, albergue?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>#4</b>
¿Usted y los miembros de su familia actualmente no están sin hogar, pero lo estuvieron en los últimos 12 meses?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>#5</b>
¿Usted y los miembros de su familia viven en vivienda pública?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Usted o alguien en su hogar ha trabajado en alguna de las siguientes industrias: cultivos / cosecha, agricultura, ganadería, empacadora, acuicultura, huertos, reforestación, viñedos?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso de que si:				
1) ¿Trabajo en la industria en los últimos dos años?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2) ¿Alguna vez su familia se mudó para acomodar su trabajo?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3) ¿Usted o un miembro de su hogar alguna vez ha tenido que dejar de trabajar en este campo debido a una discapacidad?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Raza del paciente: (Marque todo lo que corresponda)			Origen étnico del paciente:	
<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otros asiáticos <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Chamorro <input type="checkbox"/> Guamaniano <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Optar por no revelar			<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicano-Americano <input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Elige no revelar	
			¿El paciente está discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**\* Por favor, complete este formulario por completo. No se aceptarán formularios incompletos.**

**\*Si tiene seguro dental, le facturaremos los servicios elegibles. \***

Las siguientes preguntas son opcionales y sus respuestas son confidenciales. Nos gustaría que nos dijera cuál es su raza, grupo étnico, idioma y niveles de discapacidad para que podamos encontrar y abordar las diferencias de salud y servicios.

Puede recibir este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera. Aceptamos llamadas de retransmisión o puede llamar al 711. Por favor comuníquese con \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
 Fecha de hoy: \_\_\_\_\_ Número de expediente médico (si corresponde): \_\_\_\_\_  
 Primer nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del 2.º nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Raza y grupo étnico**

1. ¿Cómo identifica usted su raza, grupo étnico, origen tribal, país de origen o ascendencia?

2. ¿Cuál de las siguientes opciones describe su identidad racial o étnica? Marque **TODAS** las opciones que correspondan.

**Hispano(a) y Latino(a/x)**

- Centroamericano(a)
- Mexicano(a)
- Sudamericano(a)
- Hispano(a) o latino(a/x) de otro origen

**Indígena de Hawái y Isleño(a) del Pacífico**

- CHamoru (chamorro(a))
- Marshalés(a)
- Comunidades de la región de Micronesia
- Nativo(a) de Hawái
- Samoano(a)
- Nativo(a) de otras Islas del Pacífico

**Blanca**

- De Europa del Este
- Eslavo(a)
- De Europa Occidental
- Otro grupo étnico blanco

**Indígenas norteamericanos y nativos de Alaska**

- Indígena estadounidense
- Nativo(a) de Alaska
- Inuit canadiense, métis o indígena canadiense (First Nation)
- Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano

**Negro(a) y afroestadounidense**

- Afroestadounidense
- Afrocaribeño(a)
- Etíope
- Somalí
- Africano(a) de otro origen (negro)
- Otro grupo étnico negro

**De Oriente Medio/del Norte de África**

- De Oriente Medio
- Del Norte de África

**Asiática**

- Indígena asiático(a)
- Camboyano(a)
- Chino(a)
- Comunidades de Myanmar
- Filipino(a)
- Hmong
- Japonés(a)
- Coreano(a)
- Laosiano(a)
- Del sur de Asia
- Vietnamita
- Otros asiáticos

**Otras categorías**

- Otra (indique) \_\_\_\_\_
- No sé
- No deseo responder

3. Si marcó **más de una** de las categorías anteriores, ¿hay **una** que usted crea que sea su **principal** identidad racial o étnica?

- Sí. Encierre en un círculo su principal identidad racial o étnica.
- No tengo solo una identidad racial o étnica principal.
- No. Me identifico como birracial o multirracial.
- N/A. Solo marqué una de las categorías anteriores.
- No sé
- No deseo responder

*(To be filled in by agency or clinic staff)*

Agency or clinic: \_\_\_\_\_ Agency staff or provider name or ID: \_\_\_\_\_  
 Phone: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_

**Idioma** (*Hay interpretes disponible gratis*)

4a. ¿Qué idioma o idiomas **usa usted en su hogar?** \_\_\_\_\_

**Pase a la pregunta 7 si respondió solo inglés**

4b. Al comunicarnos con usted en persona, por teléfono o virtualmente, ¿qué idioma prefiere? \_\_\_\_\_

4c. ¿En qué idioma desea que le **escribamos?** \_\_\_\_\_

5a. Al comunicarnos con usted ¿necesita o desea un intérprete?

- Sí     No     No sé     No deseo responder

5b. Si necesita o desea un intérprete, ¿qué (clase/tipo) de intérprete prefiere?

- Intérprete de lengua hablada     Intérprete de sordos para sordociegos y otras barreras adicionales, o ambos  
 Intérprete de lengua de señas estadounidense (ASL)     Intérprete de lengua de señas de contacto (PSE)  
 Otros (*por favor, mencione*): \_\_\_\_\_

**Pase a la pregunta 7 si no usa otro idioma que no sea el inglés o la lengua de señas**

6. ¿Cuán bien habla usted el inglés?

- Muy bien     Bien     No bien     Nada     No sé     No deseo responder

Sus respuestas a las siguientes preguntas son confidenciales. Usamos esta información para encontrar diferencias entre la salud y los servicios para las personas con o sin dificultades realizando sus funciones diarias. (*\*Por favor, escriba "no sé" si no sabe cuándo contrajo esta condición, o "no deseo responder" si no quiere responder a la pregunta*)

Sí	*Si es así, ¿a qué edad inició esta condición?	No	No sé	No deseo responder	No sabe qué se le pregunta en esta pregunta
----	--	----	-------	--------------------	---

7. ¿Es usted **una persona sorda** o tiene una **dificultad seria para oír?**

8. ¿Es usted **una persona ciega** o tiene una **dificultad seria para ver** aunque lleve puestos espejuelos o lentes?

**Deténgase aquí si usted/la persona tiene menos de 5 años**

9. ¿Tiene una **dificultad seria para caminar o subir las escaleras?**

10. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene una **dificultad seria para concentrarse, recordar o tomar decisiones?**

11. ¿Tiene **dificultad para vestirse o bañarse?**

12. ¿Tiene una **dificultad seria para aprender a hacer cosas que la mayoría de las personas de su edad pueden aprender?**

13. Cuando usa su idioma habitual (**de costumbre**), ¿tiene una **dificultad seria para comunicarse, por ejemplo, para comprender y hacerse comprender por los demás?**

**Deténgase aquí si usted/la persona tiene menos de 15 años**

14. Debido a una condición **física, mental o emocional**, ¿tiene una **dificultad para hacer diligencias o mandados solo(a)**, tal como ir al consultorio de un médico o ir de compras?

15. ¿Tiene **serias dificultades con lo siguiente: su estado de ánimo, la intensidad de sus emociones, controlando su comportamiento o padece de delirios o alucinaciones?**

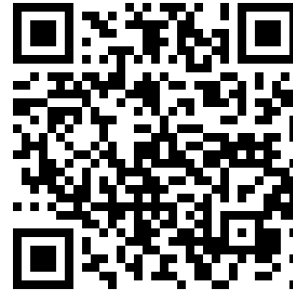


Scan this code to read La Clinica's Notice of Privacy Practices in English.



<https://laclinicahealth.org/privacy>

Escanee este código para leer el aviso de prácticas de privacidad de La Clínica en español.



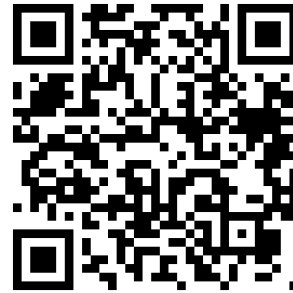
<https://laclinicahealth.org/privacidad>

Scan this code to read La Clinica's Patient Rights and Responsibilities in English.



<https://laclinicahealth.org/rights>

Escanee este código para leer los derechos y responsabilidades del paciente de La Clínica en español.



<https://laclinicahealth.org/derechos>

You can get these documents in other languages, printed, large print, or braille. Email [communications@laclinicahealth.org](mailto:communications@laclinicahealth.org) or call 541-512-3114.

Puede obtener estos documentos en otros idiomas, impresos, en letra grande o en braille. Envíe un correo electrónico a [communications@laclinicahealth.org](mailto:communications@laclinicahealth.org) o llame al 541-512-3114.