



Programa Dental Móvil de Escuela Primaria de NSW Health

Salud NSW se complace en ofrecer a su niño un chequeo dental gratuito en la escuela.

Este paquete incluye información sobre el Programa Dental Móvil de Escuela Primaria de NSW Health, y el

- formulario de consentimiento al tratamiento
- formulario de consentimiento financiero

¿Hay algún costo?

No, este es un servicio gratuito brindado por el gobierno de NSW.

Puede que su niño también sea elegible para recibir el Plan de Beneficios Dentales para Niños (CDBS), que es como Medicare. El gobierno australiano nos permite reclamar a nombre suyo por este tratamiento dental si usted firma el formulario de consentimiento de CDBS. Si su niño es elegible, NSW Health brindará tratamiento gratuito.

Le recomendamos que firme el formulario de consentimiento financiero de CDBS, ya que esto nos ayudará a brindar atención dental en NSW, pero no es obligatorio.

Información de tratamiento

¿Qué está incluido?

Si da su consentimiento, su niño puede recibir:

Tratamiento	Descripción
Chequeo dental	Examen integral incluido: asesoría de factores de riesgo, educación de salud oral, asesoría de crecimiento (medidas de talla y peso y cálculo del índice de masa corporal (BMI)). Es práctica estándar en las clínicas dentales de NSW Health que se evalúe el crecimiento de todos los niños durante su chequeo dental como parte de una buena atención clínica.
Rayos x dentales (si se requieren)	Dos rayos x dentales pequeños (si se necesitan) para ver dentro del diente y bajo las encías, y revisar si los dientes adultos están creciendo.
Imágenes clínicas (si se requieren)	Fotos clínicas dentro de la boca (si se necesitan) de dientes, encías, lengua, mejillas y labios.
Limpieza dental (si se requiere)	Limpieza de los dientes para eliminar el sarro y/o cálculos.
Sellados por fisura (si se requieren)	Sellado de las ranuras de los molares permanentes para ayudar a prevenir caries.
Aplicación de barniz de flúor (si se requiere)	Aplicación de una pasta de flúor pegajosa en los dientes para ayudar a prevenir caries.

Se recomienda que visite el sitio web para leer más sobre los tratamientos que su niño puede recibir; o contacte a su Distrito Local de Salud con datos al dorso.

Lo que necesita saber:

1. **Lea** toda la información en este paquete
2. **Llene** este formulario de consentimiento en inglés
3. **Firme** el formulario de consentimiento al tratamiento
4. **Llene** el cuestionario de información de factores de riesgo (esto nos ayuda a brindar atención personalizada a su niño)
5. **Lea** la hoja informativa del Plan de Beneficios Dentales para Niños
6. **Firme** el Formulario de Consentimiento del Paciente para facturación masiva (opcional) del Plan de Beneficios Dentales para Niños
7. **Devuelva los formularios de consentimiento a la escuela del niño** tan pronto como sea posible

Programa Dental Móvil de Escuela Primaria de NSW Health

¿Qué sucede si mi niño ya tiene atención dental frecuente?

Si su niño tiene atención dental privada frecuente, se recomienda que continúe así. En NSW todos los niños pueden recibir atención dental gratuita en clínicas dentales públicas. Las clínicas dentales públicas brindan servicios dentales tanto generales como de emergencia.

¿Qué sucede si mi niño tiene un problema dental urgente ahora?

Las señales de que su niño pueda necesitar atención dental urgente incluyen:

- cara hinchada
- boca hinchada
- sangrado bucal persistente
- un accidente ocasionando daño a la boca o dientes
- dolor dental (p.ej., en los dientes, boca, encías o quijada)

Llame a su clínica dental pública local. Fuera de horas de oficina, lleve a su niño al departamento de emergencias del hospital público.

Escanee el código QR a continuación para ver en cual Distrito Local de Salud (LHD) vive:



Consultas sobre el Programa Dental Móvil de Escuela Primaria de NSW Health

Para más información sobre el Programa Dental Móvil de Escuela Primaria de NSW Health incluidos:

- Preguntas Frecuentes
- Información de Tratamiento
- Nuestra Declaración de Privacidad
- Cómo usamos su información

Visite www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental o escanee el código QR a continuación:



¿Necesita un intérprete?

Si necesita un intérprete para llenar estos formularios, llame a uno de los siguientes servicios:

Distrito de Salud Local	Teléfono
Central Coast LHD, Far West LHD, Hunter New England LHD, Mid North Coast LHD, Northern LHD and Western LHD	(02) 4924 6285
Illawarra Shoalhaven LHD, Murrumbidgee LHD and Southern NSW LHD	1800 247 272
South Western Sydney LHD	(02) 8738 6088
South Eastern Sydney LHD, Sydney LHD	1800 477 233
Nepean Blue Mountains LHD, Northern Sydney LHD, Western Sydney LHD	(02) 9912 3800

Sus datos: padre o guardián legal

Apellido:

Nombre/s:

Relación con el niño:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Teléfono celular:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dirección de correo electrónico:

Información médica

Marque las casillas relevantes al niño:

Mi niño tiene una alergia

(p.ej., al látex, a las resinas naturales).

Sí No No sé/incierto

El niño tiene una afección médica.

Sí No No sé/incierto

El niño requiere tomar medicamento/s frecuentemente.

Sí No No sé/incierto

El niño tiene una discapacidad.

Sí No No sé/incierto

Si contesto "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, por favor describa.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Información dental

¿Ha tenido el niño problemas dentales (p.ej., caries)?

Sí
 No

Si contesto "sí" a cualquiera de las preguntas anteriores por favor describa.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿Cuándo vio el niño a un dentista por última vez?

Hace menos de 12 meses
 Hace más de 12 meses
 Nunca
 No sé/incierto

La última cita dental del niño fue en:

Un consultorio dental privado que incluye alguna del fondo de salud
 Clínica/hospital dental público
 Cualquier otro lugar
 No sé/incierto
 Programa Dental Móvil de Escuela Primaria de NSW Health

Indique el nombre y datos de contacto del último dentista de su niño

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

¿Ha recibido el niño una aplicación de flúor en los últimos 6 meses?

Sí No No sé/incierto

¿Ha tenido el niño rayos-x en los últimos 6 meses?

Sí No No sé/incierto

Consentimiento al tratamiento

- Leí y entendí la información recibida sobre el Programa dental móvil de escuela primaria de NSW Health.
- Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. Para hacerlo, vea las Preguntas Frecuentes en el sitio web: www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas y pedir clarificación de la información que recibí llamando a los números de contacto del servicio dental público incluidos en esta información, o visitando el sitio web: www.health.nsw.gov.au/primaryschool dental
- Entiendo que un representante del Distrito Local de Salud puede contactarme para clarificar cualquier información suministrada en este formulario y/o hablar sobre la salud oral de mi niño.
- He tenido la oportunidad de ver la Declaración de Privacidad en el sitio web de NSW Health en: www.health.nsw.gov.au/patients/privacy/Pages/privacy-leaflet-for-patients.aspx. Entiendo que, en ciertas circunstancias, mi información privada y/o la de mi niño (incluida la información de salud) puede ser divulgada según indica la Declaración.
- Declaro que, a mi saber y entender, he suministrado información correcta sobre mi niño, incluida cualquier condición médica que pudiera afectar el tratamiento dental.

Sírvase llenar la siguiente información y firmar en la casilla junto a cada tratamiento que desea que su niño reciba. Si no firma para el chequeo dental, no puede hacerse ninguna cita.

Yo (nombre completo)

en (fecha actual),

 /

 / 2 0

 firme abajo para dar consentimiento para que mi niño

(nombre completo)

(fecha de nacimiento),

 /

 /

 reciba lo siguiente, según la necesidad clínica:

Tratamiento	Description	Firma del Padre/Guardián Legal
Chequeo dental	Examen integral incluida la evaluación de factores de riesgo, crecimiento, y educación sobre salud oral. Sin consentimiento a un chequeo dental, no puede brindarse ningún otro tratamiento.	X
Rayos-x (si se requieren)	En promedio, dos rayos-x pequeños.	X
Imágenes clínicas (si se requieren)	Fotografías clínicas dentro de la boca, de dientes, encías, lengua, mejillas, y/o labios.	X
Limpieza dental (si se requiere)	Limpieza de los dientes para eliminar el sarro y/o cálculos.	X
Selladores de fisura (si se requieren)	Sellado de ranuras de los molares permanentes para ayudar a prevenir caries.	X
Aplicación de barniz de fluoruro (si se requiere)	Aplicación de pasta pegajosa de fluoruro a los dientes para reducir el riesgo de caries.	X

¿Desea estar presente durante la cita del niño? Sí No

Cuestionario de información sobre factores de riesgo

Para ayudarnos a evaluar la dentadura de su niño, marque la casilla más apropiada y, donde se requiera, especifique las cantidades:

1. ¿Con que frecuencia suele su niño beber bebidas azucaradas como refrescos, bebidas deportivas, energéticas o té helados?

(1 taza = 250ml 1 lata de refresco = 1.5 tazas. Una botella de bebida deportiva de 500ml = 2 tazas)

Todos los días
Número aproximado de tazas por día:

Varias veces por semana
Número aproximado de tazas por semana:

Infrecuentemente o nunca

No sé/incierto

2. ¿Con que frecuencia suele su niño beber agua?

(1 taza = 250ml o una taza de té casera. Una botella de agua de 600 ml = 2,4 tazas)

Todos los días
Número aproximado de tazas por día:

Varias veces por semana
Número aproximado de tazas por semana:

Infrecuentemente o nunca

No sé/incierto

3. ¿Con qué frecuencia suele su niño comer galletas dulces, pasteles, masitas o snacks dulces? (Los snacks incluyen barritas de muesli, desayuno y barritas y bolitas proteicas/energéticas)

Todos los días
Número aproximado por día:

Varias veces por semana
Número aproximado por semana:

Infrecuentemente o nunca

No sé/incierto

4. ¿Con qué frecuencia se cepilla su niño los dientes con crema dental?

Infrecuentemente o nunca

Menos de una vez al día

Una vez al día

Dos veces al día

Más de dos veces al día

No sé/incierto

5. ¿Qué tipo de crema dental usa su niño?

Pasta dental con flúor estándar

Pasta de dientes fluorada para niños

Pasta de dientes sin flúor

No sé/incierto

6. ¿Cómo califica el estado de los dientes y boca de su hijo?

Malo

Razonable

Bueno

Muy bueno

Excelente

Programa Dental Móvil de Escuela Primaria de NSW Health

Hoja informativa sobre el Plan de Beneficios Dentales para Niños

Atención dental para niños en NSW

Todos los niños pueden recibir servicios de atención dental sin costo en NSW

Algunos niños también pueden ser elegibles para el Plan de Beneficios Dentales para Niños (CDBS) del gobierno australiano; en cualquier caso, recibirán el mismo estándar de atención libre de costo.

¿Qué es CDBS?

El CDBS es administrado por el gobierno australiano y brinda a los niños elegibles servicios dentales por un valor de hasta \$1.095 durante dos años calendario.

Los niños son elegibles si:

- Tienen de 0 a 17 años en cualquier día del año calendario y
- Son elegibles para Medicare y
- Son parte de una familia que recibe Family Tax Benefit Part A, o el niño recibe un pago del gobierno australiano de la lista disponible del Departamento de Servicios Humanos en <https://www.servicessaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule>

No necesita registrar a su niño con CDBS.

¿Como puede mi niño usar CDBS?

Su niño puede usar su CDBS en:

- este programa basado en la escuela
- una clínica dental pública de NSW o,
- un dentista privado.

Consentimiento financiero

No habrá ningún costo para usted. Aunque no firme el consentimiento financiero, su niño recibirá tratamiento dental de Salud NSW sin costo.

El formulario de consentimiento financiero es diferente al formulario azul de consentimiento al tratamiento.

Si alcanza el límite de \$1.095, o su niño necesita más tratamiento que no está cubierto, no se le cobrará arancel alguno.

Qué necesita saber sobre el costo del servicio dental de su niño.

Si da su consentimiento financiero podemos solicitar un pago al gobierno del Commonwealth. Esta cantidad no excederá los \$622,10 por cualquiera de los tratamientos ya mencionados. Usted no pagará por tratamiento alguno.

Primera cita

El valor máximo esperado que se puede reclamar bajo el CDBS por la primera cita de su niño está indicado en la siguiente tabla.

Descripción del tratamiento	Código de artículo de tratamiento	Valor CDBS
Chequeo dental	88011	\$57.65
Dos rayos x dentales pequeños	88022 x 2	\$33.35 x 2
Limpieza dental para eliminar el sarro	88111*	\$58.90
Limpieza dental para eliminar el cálculo	88114*	\$98.20
Aplicación de barniz de flúor	88121	\$37.85
Sellado de fisuras de hasta 8 molares permanentes	88161 x 4 88162 x 4	\$50.45 x 4 \$25.25 x 4
Costo total		\$622.10

**Tenga en cuenta que solo uno de estos dos servicios puede ser cubierto en una cita.

Cita de revisión (si se requiere)

El valor máximo esperado que se puede reclamar bajo el CDBS por la cita de revisión del niño está indicado en la siguiente tabla:

Descripción del tratamiento	Código de artículo de tratamiento	Valor CDBS
Chequeo dental	88013	\$30.10
Aplicación de barniz de flúor	88121	\$37.85
Costo total		\$67.95

Si se requiere tratamiento adicional, el servicio dental público lo contactará para discutirlo y el valor CDBS de cualquier tratamiento requerido.

Todos los niños que viven en NSW pueden recibir servicios dentales públicos sin costo.

Para mayor información:

Visite www.health.nsw.gov.au/cdb o el sitio web del Department of Human Services del gobierno australiano en <https://www.servicessaustralia.gov.au/child-dental-benefits-schedule>.

Puede revisar la elegibilidad de su niño y el saldo de CDBS a través de su cuenta en línea de Medicare en my.gov.au o llamando al 132 011.



FAMILY NAME		MRN
GIVEN NAME		<input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE
D.O.B. ____ / ____ / ____	M.O.	
ADDRESS		
LOCATION / WARD		
COMPLETE ALL DETAILS OR AFFIX PATIENT LABEL HERE		

Facility:

**CHILD DENTAL BENEFITS
SCHEDULE BULK BILLING
PATIENT CONSENT**

**PLAN DE BENEFICIOS DENTALES PARA NIÑOS FACTURACIÓN GRANDE
CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE**

Yo, el paciente / guardián legal, certifica que se me ha informado:

- del tratamiento que recibí/voy a recibir a partir de esta fecha bajo el Plan de Beneficios Dentales para Niños;
- del costo probable de este tratamiento; y
- que se me hará facturación masiva (bulk bill) por estos servicios, bajo el Plan de Beneficios Dentales para Niños sujeto a que haya fondos suficientes disponibles según el límite de beneficios, y que no pagaré costos de bolsillo por estos servicios.

Entiendo que yo / el paciente solo tendré acceso a los beneficios dentales hasta el límite de beneficios.

Entiendo que los beneficios de algunos servicios pueden tener restricciones y que el Plan de Beneficios Dentales para Niños cubre una gama limitada de servicios.

Entiendo que el costo de servicios reducirá el límite de beneficios disponible.

/

Número Medicare del paciente
Patient's Medicare number

Firma del paciente / guardián legal
Patient / legal guardian signature

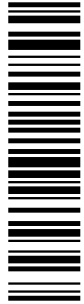
Nombre completo del paciente
Patient's full name

Nombre completo de quien firma
(si no es el paciente)
Full name of person signing (if not patient)

____ / ____ / ____

Fecha
Date

Este formulario es válido durante el primer año calendario completo (enero-diciembre) en el que su niño recibe su primer servicio dental elegible, a menos que usted retire su consentimiento.



SMR020015

Holes Punched as per AS2828.1: 2019

BINDING MARGIN - NO WRITING

MUESTRA
Use esta traducción como guía para llenar el formulario en inglés.

CHILD DENTAL BENEFITS SCHEDULE
BULK BILLING PATIENT CONSENT

SMR020.015