



**DENTISTA  
GRATUITO**



dental health  
services victoria



**VICTORIA**  
State  
Government

# Smile Squad es el programa dental escolar GRATUITO

## Smile Squad visitará pronto tu escuela.

El programa dental escolar del Gobierno de Victoria es GRATUITO para todos los alumnos de las escuelas públicas de Victoria. Firma y envía estos formularios para asegurarte de que tu familia no se pierda esta oportunidad.

Todos los alumnos pueden recibir:

- Una revisión dental gratuita.
- Servicios preventivos para mantener una buena salud dental.
- Tratamiento general (si es necesario).

Para más información, o si necesitas ayuda para rellenar los formularios:

- **Envía un correo electrónico a: [smilesquad@dhsv.org.au](mailto:smilesquad@dhsv.org.au)**
- **Llama al número de teléfono: 1300 503 977**
- **Visita: [www.health.vic.gov.au/smile-squad](http://www.health.vic.gov.au/smile-squad)**

## ¿Qué debes hacer?

- 1 Lee** toda la información incluida en este paquete informativo.
- 2 Cumplimenta** y firma todos los formularios en inglés:
  - Formulario de consentimiento (pág. 4)
  - Datos del alumno (pág. 5)
  - Formulario de consentimiento del paciente para la facturación en bloque a través del Programa de cobertura para tratamientos dentales infantiles (opcional) (pág. 6)
  - Historial clínico (pág. 7)
  - Cuestionario de salud bucodental (pág. 8)
- 3 Entrega** los formularios a tu escuela lo más pronto posible.
- 4 Guarda** toda la información de este paquete informativo como referencia.

**Cumplimenta los formularios utilizando LETRAS MAYÚSCULAS.**



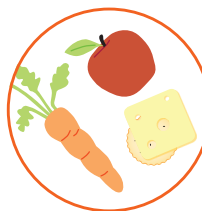
El formulario de consentimiento está disponible para su lectura en otros idiomas.

**Visita: [www.health.vic.gov.au/smile-squad/providing-consent-for-smile-squad](http://www.health.vic.gov.au/smile-squad/providing-consent-for-smile-squad) o escanea el código QR para consultar las traducciones de los formularios.**



Envía sólo la versión en inglés.

## Come bien, bebe bien, limpia bien



**Elige alimentos frescos y evita los dulces, además de los alimentos y las bebidas azucaradas**



**Bebe mucha agua corriente**



**Cepíllate por la mañana y por la noche con pasta dentífrica fluorada**

## ¿Tiene algún costo?

No. Se trata de un servicio gratuito para todos los alumnos que ofrece el Gobierno de Victoria.

### Comentarios

Comparte tu opinión (buena o mala), en cualquier momento. Puedes enviar tus comentarios por correo electrónico a:

[smilesquad@dhsv.org.au](mailto:smilesquad@dhsv.org.au)

## Servicios odontológicos

Smile Squad ofrece servicios odontológicos gratuitos a los alumnos de las escuelas públicas de Victoria por parte de profesionales cualificados.

### Examen dental (revisión)

Una revisión dental comprende una revisión de los dientes, las encías, la mandíbula y la boca.

**Beneficios:** la mayoría de las enfermedades bucales o los problemas dentales no causan dolor en las fases iniciales. Las revisiones periódicas son la mejor forma de detectar los problemas a tiempo. Una vez que se sabe lo que ocurre, podemos planificar un tratamiento de seguimiento.

Se pueden prestar los siguientes servicios, si das tu consentimiento, y son de beneficio:

### Radiografías de dientes

Una máquina de rayos X utiliza radiación para crear una imagen de lo que ocurre dentro del cuerpo.

Tomamos radiografías de los dientes utilizando una pequeña lámina que se coloca dentro de la boca.

**Beneficios:** las radiografías nos dan información sobre los dientes que no puede verse a simple vista. Las radiografías pueden detectar caries, infecciones y otros problemas.

**Riesgos:** las radiografías son muy seguras. Las radiografías que hacemos normalmente tienen menos radiación que volar en avión.

### Aplicación de barniz de flúor

El barniz de flúor es un tratamiento preventivo que funciona mejor si se aplica al menos cada seis meses.

Colocar el barniz de flúor en los dientes es muy fácil y suele llevar unos minutos. El barniz se adhiere a los dientes hasta que te los cepillas.

**Beneficios:** el flúor es un mineral común que ayuda a fortalecer los dientes y a prevenir la caries. El barniz de flúor puede impedir que se inicie la caries y ralentizar el ritmo al que se produce.

**Riesgos:** aunque es poco frecuente, algunas personas son alérgicas a un ingrediente del barniz de flúor. Es posible que los alumnos que sean alérgicos a la colofonia o a la resina, a la caseína (proteína de la leche) o que sufran de asma grave no puedan recibir el tratamiento de barniz de flúor.

### Selladores de fisuras

Los selladores son un recubrimiento que se coloca en los surcos (fisuras) de los dientes. Suelen colocarse en las muelas.

**Beneficios:** los selladores cubren los surcos de los dientes e impiden que se adhieran alimentos y gérmenes. Esto impide que la caries se inicie y se extienda por los surcos.

La mayoría de los productos de sellado contienen flúor. Los selladores pueden desgastarse con el tiempo y puede ser necesario retocarlos o sustituirlos.

## Limpieza dental

Es posible que los dientes necesiten una limpieza adicional cuando el cepillado no pueda, por sí solo, eliminar el sarro (placa dental) o las manchas difíciles.

**Beneficios:** para reducir el riesgo de enfermedad de las encías, eliminamos el sarro, que puede irritar las encías.

## Tratamiento de seguimiento

Si es necesario un tratamiento adicional, Smile Squad lo comentará contigo y te pedirá tu consentimiento.

## Preguntas frecuentes

### ¿Es necesario que los padres o madres, tutores legales o cuidadores asistan a la cita con el alumno?

Los padres o madres, tutores legales o cuidadores pueden asistir si lo desean, pero no es un requisito.

Comunícate con Smile Squad para avisarnos si deseas asistir.

Si se necesita más tratamiento, es posible que le pidamos al padre o madre, tutor legal o cuidador que acuda a la cita.

### ¿Qué ocurre si un alumno se ha sometido a un tratamiento dental recientemente?

Si un alumno ha tenido una consulta reciente con el dentista, puede volver a ser atendido por Smile Squad. Es posible que no necesiten radiografías ni otros servicios preventivos.

### ¿Qué pasa si un alumno no está en la escuela el día de la visita de Smile Squad?

Si un alumno no va a la escuela, le atenderemos otro día o puede visitarnos en la clínica dental de su comunidad local. Estos servicios no dejan de ser gratuitos.

Encuentra tu clínica dental comunitaria más cercana en: [www.dhsv.org.au/our-services/find-dental-clinics/clinic-search](http://www.dhsv.org.au/our-services/find-dental-clinics/clinic-search)

### ¿Quién puede dar el consentimiento?

Los padres o madres, tutores legales o menores con madurez suficiente pueden cumplimentar estos formularios y dar su consentimiento.

Para ser considerado un menor con madurez, el profesional clínico debe estar convencido de que el alumno comprende suficientemente los riesgos, los beneficios y las posibles complicaciones de su enfermedad y del tratamiento propuesto para dar su consentimiento informado.

A un alumno se le puede considerar capaz de tomar algunas decisiones sobre tratamientos dentales, pero no otras. Cuando el profesional clínico considere que un alumno en edad de cursar secundaria no es un menor maduro, solicitará el consentimiento de uno de sus progenitores o de su tutor legal.

## Programa de cobertura para tratamientos dentales infantiles (CDBS, por sus siglas en inglés)

Algunos alumnos pueden ser beneficiarios del Programa de cobertura para tratamientos dentales infantiles (CDBS) del Gobierno australiano a través de Medicare.

El Gobierno australiano nos permite efectuar una solicitud de reembolso en tu nombre por estos servicios dentales si firmas el formulario de consentimiento CDBS.

### ¿Qué es el Programa de cobertura para tratamientos dentales infantiles (CDBS)?

El CDBS es un programa de Medicare que ofrece a los niños y niñas de entre 0 y 17 años, y que cumplan los requisitos, una atención dental básica durante un periodo de dos años.

### Costos de facturación en bloque como referencia

Medicare nos exige que te facilitemos esta información. Si utilizas el CDBS, estos importes se deducirán de tu límite máximo de cobertura del CDBS:

| Servicio                                                             | Tasa por facturación en bloque del CDBS                                          | Tú pagas |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------|
| Examen dental (revisión)                                             | \$59,60                                                                          | \$0,00   |
| Radiografías de los dientes (si es necesario)                        | \$34,50 por radiografía                                                          | \$0,00   |
| Selladores de fisuras (si es necesario)                              | \$52,15 (como máximo) por diente                                                 | \$0,00   |
| Limpieza dental (si es necesario)                                    | \$101,55 (como máximo) según el nivel de limpieza necesario                      | \$0,00   |
| Aplicación de barniz de flúor en todos los dientes (si es necesario) | \$39,15 por aplicación (un máximo de dos aplicaciones en un periodo de 12 meses) | \$0,00   |

## Privacidad

Dental Health Services Victoria (DHSV) ofrece el servicio de Smile Squad en colaboración con clínicas dentales comunitarias. DHSV se encarga de la documentación de los pacientes de Smile Squad. DHSV respeta tu privacidad y se compromete a proteger tus datos personales. Gestionaremos tus datos de conformidad con la *Ley de Expedientes de Salud* y la *Ley de Privacidad y Protección de Datos*.

En ocasiones, recopilaremos información y opiniones con fines de investigación y evaluación para Smile Squad y para mejorar nuestros servicios. Para ello, mantendremos tu identidad en el anonimato.

Tendremos que compartir información anonimizada entre organismos gubernamentales como DHSV, el Departamento de Educación y el Departamento de Sanidad. Lo haremos para que juntos podamos saber más sobre la salud bucodental de todos los alumnos en las escuelas de Victoria. Borraremos cualquier dato que pudiera identificarte.

Los alumnos pueden hacer uso de su CDBS:

- Para los servicios de Smile Squad.
- En una clínica dental pública de Victoria.
- En una clínica dental privada.

Smile Squad utilizará el CDBS para aquellos que cumplan los requisitos.

Todos los alumnos recibirán atención dental gratuita de Smile Squad aunque no firmen el formulario de consentimiento CDBS. **No tendrás que pagar nada.**

Te animamos a que firmes el formulario de consentimiento de facturación en bloque del CDBS para que Smile Squad pueda presentar la solicitud de reembolso ante Medicare. Esto nos ayuda a ofrecer servicios dentales a más habitantes de Victoria.

Visita [www.dhsv.org.au/privacy](http://www.dhsv.org.au/privacy) para leer la declaración de privacidad completa de DHSV o escanea el código QR que aparece a continuación:



### Derechos y responsabilidades

En el sitio web de la Comisión Australiana de Seguridad y Calidad en la Asistencia Sanitaria encontrarás una copia de tus derechos sanitarios.

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Grado/clase (p. ej. 2B): \_\_\_\_\_

Nombre completo del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del alumno: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Doy mi consentimiento para que el alumno anteriormente mencionado participe en el programa dental escolar Smile Squad.

Doy mi consentimiento para que el alumno reciba los siguientes servicios:

Examen dental (revisión) ☐ Sí ☐ No

Nota: antes de que se te pueda prestar cualquier otro servicio, debes dar tu consentimiento para una revisión dental.

Radiografía de los dientes (si es necesario) ☐ Sí ☐ No Selladores de fisuras (si es necesario) ☐ Sí ☐ No

Barniz de flúor (si es necesario) ☐ Sí ☐ No Limpieza dental (si es necesario) ☐ Sí ☐ No

Capacitamos a la próxima generación de profesionales de la salud bucodental. Los alumnos pueden ser atendidos por estudiantes de odontología/salud bucodental que trabajen bajo la supervisión de un profesional clínico cualificado de Smile Squad.

¿Das tu consentimiento para que el alumno sea atendido por un estudiante de odontología/salud bucodental?

☐ Sí ☐ No

Declaro que, a mi leal saber y entender, he facilitado a Smile Squad toda la información de salud y personal pertinente que se requiere para prestar una atención adecuada.

Al dar mi consentimiento, declaro que he leído este formulario de consentimiento y la información contenida en este paquete informativo.

Cuento con la información suficiente para comprender lo siguiente:

Servicios odontológicos

Estoy al tanto de los tipos de servicios dentales que Smile Squad ofrece, incluidos los beneficios y riesgos que conllevan, el lugar en dónde tendrán lugar y quién los prestará. Todos los servicios son gratuitos.

Cuidados posteriores a los servicios odontológicos

Entiendo que un profesional clínico de Smile Squad o el personal del centro escolar pueden ponerse en contacto con los padres o madres, el tutor legal o el cuidador si un alumno se siente mal en la escuela después de recibir servicios dentales, o si necesita cuidados adicionales que no puedan gestionarse en la escuela.

Privacidad

He leído y entiendo la información sobre privacidad de este paquete informativo y acepto la forma en que el programa gestionará la información médica de los alumnos.

Firma del padre/madre/tutor/alumno\*: \_\_\_\_\_

Nombre completo del padre/madre/tutor/alumno\*: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\* Los alumnos mayores de 18 años y los que sean considerados menores con suficiente madurez a efectos de acceder a los servicios odontológicos pueden dar su consentimiento por sí mismos. Este consentimiento es válido durante 12 meses a partir de la fecha de su firma.

Nombre de la escuela: Grado/clase (p. ej. 2B):

Datos del alumno

Nombre: Apellidos:

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Otro, especifica Fecha de nacimiento: / /

¿Cuáles son los pronombres personales preferidos del alumno? (opcional)

Dirección:

Suburbio: Código postal:

Si eres un alumno que da su consentimiento por sí mismo, incluye:

Número de teléfono: Correo electrónico:

Datos del padre/madre/tutor Datos adicionales del padre/madre/tutor (opcional)

Nombre: Nombre:

Apellidos: Apellidos:

Parentesco con el alumno: Parentesco con el alumno:

Número de teléfono: Número de teléfono:

Correo electrónico: Correo electrónico:

¿Es el alumno aborigen o isleño del estrecho de Torres?

- ☐ No, ni aborigen ni isleño del estrecho de Torres
- ☐ Aborigen
- ☐ Isleño del estrecho de Torres
- ☐ Aborigen e isleño del estrecho de Torres
- ☐ Prefiero no decir

¿Es el alumno solicitante de asilo o refugiado?

- ☐ No, ni solicitante de asilo ni refugiado
- ☐ Refugiado
- ☐ Solicitante de asilo
- ☐ Prefiero no decir

¿Se necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No

Idioma de preferencia:

¿El alumno nació en Australia? ☐ Sí ☐ No, ¿en qué país nació?

Si el alumno no tiene tarjeta de Medicare, deje este apartado en blanco.

Número de la tarjeta Medicare del alumno:

Número de referencia individual:

Fecha de vencimiento:





Australian Government  
Department of Health

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA LA FACTURACIÓN EN BLOQUE  
PROGRAMA DE COBERTURA PARA TRATAMIENTOS DENTALES INFANTILES

El que suscribe, el paciente / tutor legal, certifico que he sido informado acerca de:

- el tratamiento que se ha realizado o se realizará a partir de esta fecha en virtud del Programa de cobertura para tratamientos dentales infantiles;
- los posibles costos asociados con este tratamiento; y
- que se facturará en bloque por los servicios del Programa de cobertura para tratamientos dentales infantiles y que no pagaré de mi bolsillo los costos de estos servicios, siempre que haya fondos suficientes disponibles dentro del límite de prestaciones.

*Entiendo que yo / el paciente sólo tendré / tendrá acceso a las prestaciones dentales hasta el límite de prestaciones.*

*Entiendo que la cobertura para algunos servicios puede tener restricciones y que el Programa de cobertura para tratamientos dentales infantiles cubre una gama limitada de servicios. Entiendo que tendré que hacerme cargo personalmente de los costos de cualquier servicio que no esté contemplado por el Programa de cobertura para tratamientos dentales infantiles.*

*Entiendo que el costo de los servicios reducirá el límite disponible de prestaciones y que deberé asumir personalmente los costos de cualquier servicio adicional una vez agotadas las prestaciones.*

Ref.

Número de Medicare del paciente

Firma del paciente / tutor legal

Nombre completo del paciente

Nombre completo de la persona que firma  
(si no es el paciente)

Fecha

Este formulario es válido hasta el 31 de diciembre del año natural para el que se firma.

¿Tiene el alumno alguna alergia conocida?

☐ Sí☐ No

**En caso afirmativo:**

☐ Antibióticos

☐ Caseína  
(proteína de la leche)

☐ Látex o cintas adhesivas

☐ Colofonia/resina

☐ Otros medicamentos

☐ Otra

☐ Alimentos

¿Toma actualmente el alumno algún medicamento?

☐ Sí☐ No

**En caso afirmativo, indica el nombre del medicamento, la dosis y la frecuencia**

¿Tiene el alumno alguna afección pulmonar?

☐ Sí☐ No

**En caso afirmativo:**

☐ Asma

☐ Enfermedad pulmonar

☐ Si ha estado hospitalizado, indica el mes y el año

☐ Tuberculosis

☐ Otra

¿Tiene el alumno alguna enfermedad cardíaca (cardiovascular)?

☐ Sí☐ No

**En caso afirmativo:**

☐ Defecto cardíaco Tensión arterial baja o alta

☐ Cirugía cardíaca Hemorragia excesiva o trastorno sanguíneo

☐ Cardiopatía reumática

☐ Otra

¿Tiene el alumno alguna afección sensorial, cognitiva o necesidades adicionales (discapacidad)?

☐ Sí☐ No

**En caso afirmativo:**

☐ Ansiedad o depresión Intelectual

☐ Trastornos por déficit de atención Discapacidad visual o auditiva

☐ Trastorno del espectro autista

☐ Otra

☐ Física (incluida la necesidad de acceso en silla de ruedas)

¿Tiene el alumno alguna otra afección médica o de salud?

☐ Sí☐ No

**En caso afirmativo:**

☐ Diabetes tipo 1 Enfermedad renal

☐ Diabetes tipo 2 Enfermedad hepática

☐ Cáncer

☐ Convulsiones o epilepsia

☐ Enfermedad crónica (p. ej. apoplejía, artritis)

☐ Otra cirugía (p. ej. trasplante, cirugía de reemplazo articular)

☐ Otra

¿Podría estar embarazada la alumna?

☐ Sí☐ No☐ N/A

¿Consumen el alumno productos de tabaco (para fumar) o cigarrillos electrónicos (para vapear)?

☐ Sí☐ No☐ N/A

**En caso afirmativo:**

☐ Fuma

☐ Vapea

☐ Otra

¿Bebe alcohol el alumno?

☐ Sí☐ No☐ N/A

Si has respondido **Otra** a alguna de las preguntas anteriores, da más detalles.

Hacemos las siguientes preguntas para conocer mejor al alumno y elaborar el mejor plan para él/ella.

¿Tiene el alumno dolor en la boca (p. ej. problemas para dormir debido a un problema con los dientes)?

☐ Sí☐ No

¿Tiene el alumno problemas para comer o beber debido a algún problema en los dientes o en la boca?

☐ Sí☐ No

¿Tiene el alumno problemas para hablar con claridad debido a algún problema en los dientes o en la boca?

☐ Sí☐ No

¿Ha faltado el alumno a clases o a otras actividades debido a algún problema en los dientes o en la boca?

☐ Sí☐ No

¿El alumno no sonríe, no se ríe o no enseña los dientes cuando está con otros alumnos debido a algún problema en los dientes o en la boca?

☐ Sí☐ No

¿Le han revisado los dientes al alumno en el pasado?

☐ Sí☐ No

En caso afirmativo, proporcione la fecha si se conoce

¿Le han puesto empastes o le han extraído algún diente por caries al alumno en los últimos tres años?

☐ Sí☐ No☐ No estoy seguro/a

¿Con qué frecuencia toma el alumno bebidas azucaradas como jugos de frutas, refrescos o jarabes?

☐ Tres o más veces al día

☐ Una o dos veces al día

☐ Varias veces por semana

☐ Casi nunca

¿Con qué frecuencia se cepilla los dientes con pasta dentífrica?

☐ Una vez al día (por la mañana)

☐ Una vez al día (por la noche)

☐ Dos veces al día

☐ Menos de una vez al día

☐ Más de dos veces al día

¿Tiene el alumno algún miedo o sensibilidad, o ha tenido experiencias negativas durante o después de visitas anteriores al dentista que debamos saber?

☐ Sí☐ No

¿Utiliza el alumno alguna estrategia o recurso de apoyo para sobrellevar mejor la situación? p. ej. su juguete favorito, una aplicación de iPhone, un libro.  
(en caso afirmativo, escribe los detalles a continuación y tráelos a la próxima visita)

☐ Sí☐ No

¿Algún miembro de la familia o persona que viva en la misma casa que el alumno tiene problemas graves con los dientes y/o las encías?

☐ Sí☐ No☐ No estoy seguro/a

¿Hay algo más que quieras que sepamos antes de revisar los dientes y la boca del alumno?

☐ Sí☐ No

En caso afirmativo, danos más información a continuación.