

## Del Formulario De Consentimiento & Cuestionario De Los Padres

### "Smiles Across Kansas"

Por favor, complete este formulario y devuélvaselo mañana a la maestra de su hijo/a. Gracias.

Nombre del niño/a: _____	Edad del niño/a: _____
____ Sí, doy permiso para que mi hijo participe en el estudio "Smiles Across Kansas".	
____ No, no doy permiso para que mi hijo participe en el estudio.	
_____ Firma del Padre o Tutor	_____ Fecha

-----  
Por favor, responda a las siguientes preguntas para ayudarnos a saber más sobre el acceso a la atención odontológica.

- ¿Cuánto tiempo pasó desde la última vez que su hijo/a visitó el consultorio de un dentista? Incluya todos los tipos de dentistas, tales como ortodoncistas, cirujanos orales y cualquier otra especialidad odontológica, como así también los higienistas odontológicos. (Marque uno)
  - 6 meses o menos
  - Más de 6 meses, pero menos de 1 año
  - Más de un año, pero menos de 3 años
  - Más de 3 años
  - Nunca lo hizo
- ¿Cuál fue el principal motivo por el que su hijo visitó por última vez al dentista? (marque sólo una opción)
  - Fue por iniciativa propia para una revisión, examen o limpieza.
  - Lo llamó el dentista para una revisión, examen o limpieza.
  - Algo andaba mal, le molestaba o dolía
  - Fue para el tratamiento de una condición que el dentista descubrió en una revisión o examen anterior
  - Otro motivo
- Durante los últimos 12 meses, ¿Hubo algún momento en que su hijo/a necesitó de la atención odontológica, pero no pudo obtenerla en ese momento?
  - No (vaya a la pregunta 5)
  - Sí (vaya a la pregunta 4)
- La última vez que su hijo/a no pudo obtener la atención odontológica que necesitaba, ¿Cuál fue el **principal motivo** por el que no pudo obtenerla? (marque una sola)
  - No podía pagarla
  - Habla otro idioma
  - No había un dentista disponible
  - El dentista no aceptaba Medicaid/ el seguro
  - Otro motivo
  - Por la salud de otro miembro de la familia
  - No era lo suficientemente grave
  - Esperó demasiado en la clínica/ consultorio
  - No tenía seguro
  - No sabía a dónde ir
  - Dificultad para conseguir una cita
  - El horario el dentista no resultaba conveniente
  - No le gustan/ confía/ cree en los dentistas
- ¿Cuenta con algún tipo de seguro que paga parte o toda la ATENCIÓN ODONTOLÓGICA de su hijo/a. Incluya el seguro de salud que se obtiene a través del empleo o por compra directa, como así también los programas de gobierno como Medicaid.
  - No
  - Sí
- ¿Son su niño hispano o el latinoamericano?
  - No
  - Sí

7. ¿Cuál de las siguientes características describe mejor a su hijo? (Marque todas las que puedan aplicarse)

- Blanco  Asiático  Negro/ Afroamericano  
 Indio Americano/ Nativo de Alaska  Nativo Hawaiano/ de las Islas del Pacífico

8. Su hijo ¿Podría participar del programa de almuerzos gratuitos o de precios reducidos?

- No  Sí

**GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN EN “A través de las sonrisas de Kansas”**

Site Code Screener \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_

