

**Misión:**

Proteger, promover y mejorar la salud de todas las personas en la Florida mediante los esfuerzos integrados del estado, condado y comunidad.



**Ron DeSantis**  
Gobernador

**Scott A. Rivkees, MD**  
Cirujano General del Estado

**Vision: Ser el Estado Más Saludable en la Nación**

**Departamento de salud de la Florida en el programa de sellador dental basado en la escuela del Condado de Clay**

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Nombre del profesor: \_\_\_\_\_

Estimados padres/tutores:

Próximamente llegará un programa de sellador dental gratuito a la escuela de su hijo. Este programa está disponible para los estudiantes de la escuela primaria y ayuda a prevenir la caries dental. Un higienista dental de Florida con licencia mirará los dientes de su hijo y decidirá qué dientes de espalda necesitan ser sellados. Estos dientes se recubrir con un sellador dental y un tratamiento con flúor dado. A su hijo no se le darán sedantes, medicamentos, rellenos o radiografías. Un sellador es un recubrimiento plástico delgado que mantiene los alimentos y gérmenes fuera de las superficies de masticación de los dientes. Los selladores pueden proteger contra el 85% de las cavidades superficiales de masticación. Los selladores dentales son seguros, indoloros y fáciles de aplicar. Los selladores dentales son aprobados y recomendados por la Asociación Dental Americana, centros para el control y la prevención de enfermedades, y el Departamento de salud de la Florida.

**POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO AL MAESTRO DE SU HIJO MAÑANA**

\_\_\_ Sí, le doy permiso a mi hijo para que reciba un examen/evaluación dental, selladores (si corresponde) y barniz de flúor.

\_\_\_ No, no doy permiso para que mi hijo sea visto.

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  masculino  Mujer

Dirección no especificada: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ Raza/etnia:  Blanco  Negro/afroamericano  Asiático  Hawaiano/isleño del Pacífico  Hispana  Indio americano/nativo de Alaska  Otro

Seleccione el seguro de su hijo:  Medicaid  Florida Healthy Kids  CMS  Private Insurance  Otro  Ninguno

Mi hijo tiene un dentista:  Sí nombre del dentista: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen dental: \_\_\_\_\_  No

Nombre del padre/tutor del niño: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Telephone Home: \_\_\_\_\_ celda: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL DE SALUD DEL NIÑO**

Por favor, marque sí o NO para cada uno de los siguientes con respecto a la salud de su hijo: (Marque todas las que correspondan)

	<b>YES</b>	<b>NO</b>
La historia de la fiebre reumática? <input type="checkbox"/> El sople cardíaco? <input type="checkbox"/> Asma? <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Mi hijo necesita tomar antibióticos (p. ej., amoxicilina) antes de la atención dental: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo no puede tomar o es alérgico a los siguientes medicamentos o materiales: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo tiene el siguiente problema de salud (s): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo está tomando el siguiente medicamento: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo fue hospitalizado en los últimos 2 años por: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi hijo experimentó la siguiente reacción desfavorable del tratamiento dental previo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por favor, agregue cualquier comentario o información adicional: _____		

Certifico que he leído y entendido las preguntas anteriores y les he respondido a lo mejor de mi conocimiento. Este cuidado dental puede incluir: exámenes dentales/evaluación, selladores, fluoruro, y las instrucciones de salud oral. Entiendo que a mi hijo no se le está proveando otro cuidado dental que pueda necesitar. Estos servicios no sustituyen a un examen dental exhaustivo. Autorizo a los proveedores dentales a recibir el pago de cualquier seguro o de cualquier tercero pagador que cubra los servicios prestados a este paciente. Los servicios se proporcionarán a todos los niños sin costo alguno para los padres. Su hijo también puede ser examinado el próximo año como parte de nuestro programa de monitoreo. Se colocarán nuevos selladores, si es necesario, sin costo alguno para los padres. Si usted tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto con nuestra oficina en 904-529-2800

FIRMA DEL PADRE/TUTOR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

**Florida Department of Health in Clay County**  
ADDRESS: 1305 Idlewild Ave. Green Cove Springs, FL 32043  
PHONE: 904-529-2800  
**FloridaHealth.gov**

