Español en la parte de atrás

No Cost to Parent or Guardian

A Preventive Dental Program is coming to your child's school.

Your child can receive

- Dental Exam or Assessment
- Education on how to properly brush his/her teeth
- Dental sealants if needed ***
- Fluoride treatment
- Dental Cleaning when appropriate
- Toothbrush, Toothpaste and Toothbrush Timer
- Referrals for follow up care if needed

A **licensed dentist or dental hygienist** from the Florida Department of Health in Volusia County will provide the services listed above**.**

Your child **will not** be given any shots, medications, x-rays or fillings.

After your child is seen, a letter will be sent home informing you what was done and what follow-up care is needed.

If you would like your child to receive these services, you must:

COMPLETE and SIGN and RETURN
THE PERMISSION FORM

*****Sealants are protective coatings that help prevent cavities on healthy back teeth.**

This program does not replace a complete dental check-up by a dentist.

Florida Department of Health
Division of XXX
4052 Bald Cypress Way, Bin X-XX • Tallahassee, FL 32399
PHONE: 850/XXX-XXXX • FAX: 850/XXX-XXXX
FloridaHealth.gov

Accredited Health Department
Public Health Accreditation Board

Florida Department of Health in Volusia County - Dental Clinic

Preventive Oral Health Program

_____ (School)

_____ (Teacher)

No Cost to Parent

Child's Name: _____ **Date of Birth** _____ **Sex** ☐ **M** ☐ **F**

Street Address _____ ___ _____**Zip Code** _____

Race/Ethnicity ☐ **White** ☐ **Black/African American** ☐ **Asian** ☐ **Hispanic**

☐ **American Indian/Alaska Native** ☐ **Hawaiian/Pacific Islander** ☐ **Other**

Child Insurance:

Medicaid? ☐ **Yes** ☐ **No** **Other Dental Insurance** ☐ **Yes** ☐ **No**

Child's Health History:

☐ **Yes** ☐ **No** **Has your child received a dental check-up or dental care within the last year?**

☐ **Yes** ☐ **No** **Has your child been seriously ill?** List all serious illnesses _____

☐ **Yes** ☐ **No** **Is your child allergic to anything?** List _____

☐ **Yes** ☐ **No** **Is your child taking any medications?** List all medications_____

☐ **Yes** ☐ **No** **Has your child ever been seen in a Hospital Emergency Room for a dental problem?**

☐ **Yes** ☐ **No** **Is there anything else we should know about your child?** If yes, please explain

Parent or Legal Guardian Information

Mother or Father's Name _____ _____ _____

Telephone: Home _____ Cell_____ Work _____ _____

Legal Guardian Name _____ _____**** If legal guardian, see note below ****

Telephone Home _____ Cell_____ Work _____

_____ _____

To protect patient privacy, information about child's treatment can only be released to parents or legal guardians. I do hereby give consent to the Florida Department of Health in Volusia County, 1845 Holsonback Drive, Daytona Beach, Florida 32117 and their dental representative (dentist/hygienist) to use or disclose protected health information for treatment or Insurance/Medicaid payment. My child will receive: Dental exam/assessment, Oral hygiene Instructions, Dental cleaning if appropriate, Dental sealants if needed and Fluoride treatment. I agree if my child has urgent dental needs, his/her health information can be shared with the school nurse. My signature below verifies the above information.

By signing this form I give permission for my child to participate in this program.

Parent/Legal Guardian Signature _____ **Date**_____

****Anyone other than a natural parent giving consent for** treatment must provide legal documentation of guardianship.

This program will be provided at your child's school. Your child may also be examined/assessed next year as part of our monitoring program. New sealants will be placed, if needed at no charge to parent. If you have any questions, please contact our office at 386-274-0895

Sin costo alguno para los padres o tutores

Un Programa Preventivo de Salud Oral está llegando a la escuela de su niño(a).

Su hijo(a) puede recibir

- Examen Dental o Evaluación
- Educación sobre cómo cepillarse correctamente los dientes
- Selladores dentales, si es necesario***
- Tratamiento de fluoruro
- Limpieza dental cuando sea apropiada
- Cepillo de dientes, pasta dental y un temporizador
- Referido para seguimiento de tratamiento dental, si es necesario

Un dentista o higienista dental con licencia del Departamento de Salud de Florida en el Condado de Volusia proporcionará los servicios enumerados anteriormente.

A su hijo(a) **no se** le aplicarán inyecciones, medicamentos, rayos x o empastes dentales.

Después que se vea a su hijo(a), una carta será enviada a su casa informándole lo que se hizo y la atención dental que necesita.

Si usted desea que su hijo(a) reciba estos servicios, debe de:

COMPLETAR y FIRMAR y DEVOLVER
LA FORMA DE AUTORIZACION

***Los selladores son capas protectoras que ayudan a prevenir caries en los dientes posteriores que están saludables.**

Este programa no reemplaza un examen dental completo por un dentista.

Florida Department of Health in Volusia County Dental Clinic

Programa de Salud Oral Preventivo

_____ (Escuela)

_____ (Maestro)

Sin Costo Alguno

Nombre del Niño(a) _____ ☐ **Fecha de nacimiento** _____ **Sexo** ☐ **M** ☐ **F**

Dirección _____ _____ _____ **Código Postal** _____

Raza/Grupo Étnico ☐ **Blanco** ☐ **Negro/Afroamericano** ☐ **Asiático** ☐ **Hispano**

☐ **Indio Americano/de Alaska** ☐ **Hawaiano del Pacífico** ☐ **Otro**

¿Su Niño(a) tiene Seguro de Medicaid? ☐ **Si** ☐ **No** **¿Otros seguros dentales?** ☐ **Si** ☐ **No**

Historial de Salud del Niño:

☐ **Si** ☐ **No** **¿Ha recibido su niño(a) un examen o tratamiento dental en el último año?**

☐ **Si** ☐ **No** **¿Ha estado su niño(a) enfermo(a) de gravedad?** Enumerar todas las enfermedades graves _____

☐ **Si** ☐ **No** **¿Es su niño(a) alérgico a algo?** Indíquelo _____

☐ **Si** ☐ **No** **¿Esta su niño(a) tomando algún medicamento?** Indíquelo _____

☐ **Si** ☐ **No** **¿ Su hijo/a ha tenido que ser llevado a la Sala de Urgencias por algún problema dental?**

☐ **Si** ☐ **No** **¿Hay alguna otra cosa que nosotros debemos saber de su niño(a)?** Favor de explicar _____

Información del padre o tutor legal

Nombre de la **Madre o el Padre**: _____ _____

Teléfono: Del Hogar: _____Celular: _____ Trabajo: _____

Nombre del Tutor Legal: _____ _____ ****Si es tutor legal, vea la nota abajo****

Teléfono: Del Hogar: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Para proteger la privacidad del paciente, información sobre el cuidado del niño(a) solo podrá ser otorgado a los padres o al tutor legal. Por la presente doy mi consentimiento al Departamento de Salud del Condado de Volusia, 1845 Holsonback Drive, Daytona Beach Florida 32117 y a su personal dental (dentista/higienista) a examinar/evaluar y atender a mi hijo(a) y usar cualquier información de salud necesaria (protegida) para su tratamiento y/o pagos de Seguro/Medicaid. Mi hijo recibirá: Examen Dental/evaluación, instrucciones de higiene oral, limpieza dental, si es apropiada, los selladores dentales si fuera necesario y tratamiento de fluoruro. Estoy de acuerdo que si mi hijo(a) tiene una urgencia dental, su información de salud puede ser compartida con la enfermera de la escuela. Mi firma abajo verifica la información anterior.

Con mi firma doy permiso para que mi hijo/a participe en este programa.

Firma del Padre o Tutor Legal del niño(a)_____**Fecha**_____

****Cualquier otra persona que no sean los Padres naturales del niño(a) que den consentimiento para tratamiento deben proporcionar la documentación legal de la tutela.**

Este programa será ofrecido en la escuela de su hijo(a). Su hijo(a) podrá ser evaluado el próximo año como parte del programa de monitoreo. Nuevos sellantes serán aplicados si es necesario. Si tiene alguna pregunta favor de llamar a nuestra oficina al 386-274-0895.