

Mission:

To protect, promote & improve the health of all people in Florida through integrated state, county & community efforts.



Rick Scott
Governor

Celeste Philip, MD, MPH
Surgeon General and Secretary

Vision: To be the **Healthiest State** in the Nation

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

(School)

Preventive Oral Health Program

(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:

- Has your child received a dental check-up or dental care within the last year?
Has your child been seriously ill? List all serious illnesses
Is your child allergic to anything? List
Is your child taking any medications? List all medications
Has your child ever been seen in a Hospital Emergency Room for a dental problem?
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.

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

Mission:

To protect, promote & improve the health of all people in Florida through integrated state, county & community efforts.



Rick Scott
Governor

Celeste Philip, MD, MPH
Surgeon General and Secretary

Vision: To be the Healthiest State in the Nation

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

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

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.