

**Mission:**

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



**Ron DeSantis**  
Governor

**Scott A. Rivkees, MD**  
State Surgeon General

**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



# Selladores Dentales para Sonrisas Soleadas



**DIENTE NO SELLADO**



**DIENTE SELLADO**

## ¿Qué es un sellador dental?

Un sellador dental es una capa delgada de plástico que protege la superficie masticadora de los dientes contra las caries.

## ¿Cuándo se deben sellar los dientes?

El sellador debe ser aplicado tan pronto el diente permanente aparece en la boca, usualmente cerca de los cinco o seis años de edad o tan pronto sea posible.

## ¿Cómo son aplicados los selladores dentales?

Después de limpiar el diente, el sellador se aplica en la superficie masticadora de las muelas.

## ¿Cuánto duran los selladores dentales?

Los selladores usualmente duran alrededor de cinco años o más.



# Our dental team is coming to your child's school.

Dental care is provided at no cost to parents and guardians.

Don't miss out.  
We're only here once a year.

Return the attached consent form today.

**Questions? 386-274-0896**



# Nuestro equipo dental va a estar en la escuela de su hijo.

Se proveerá cuidado dental sin costo alguno para los padres y/o tutores.

No te lo pierdas.  
El evento es sólo una vez al año.

Devuelve la forma de consentimiento adjunta hoy.

**¿Preguntas? 386-274-0896**



[volusiahealth.com/dental](http://volusiahealth.com/dental)



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.