



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



Sealing Sunny Smiles Across Florida



Volusia.FloridaHealth.gov/programs-and-services/dental-services/



**Florida Department of Health
in Volusia County**
1845 Holsonback Dr.
Daytona beach, FL 32117

386-274-0896
Volusia.FloridaHealth.gov

Information for Parents/Guardians

School-Based Sealant Program

The Florida Department of Health's School-Based Sealant Program staff will be visiting your child's school and providing dental services to children, based on parental/guardian approval.

No fees for treatment services will be charged to the parent or guardian. Insurance may be billed, based on coverage.

This program is supervised by Dr. Denise Orlando, DMD, license number DN15309. If you have questions, please call our office at 386-274-0896.

Available Dental Health Care Services

Your child will receive an in-person screening/assessment by a licensed dental hygienist. Your child will NOT receive shots, X-rays, or fillings.

Along with the screening/assessment, your child may receive:

- Dental cleaning
- Topical fluoride application
- Dental sealant(s)
(A thin coating applied on healthy back teeth to help prevent cavities)
- Toothbrush and toothpaste for use at home
- Tips on brushing and flossing properly
- Nutrition information to promote good oral health

Results from Screening/Assessment

After seeing your child, we will send a letter home with your child and call you if your child has urgent conditions. The letter includes what services were provided to your child and any additional dental health care treatment that may still be needed.

- The diagnosis of tooth decay or cavities, soft tissue disease, oral cancer, temporomandibular joint disease (TMJ), and dentofacial malocclusions can only be completed by a dentist during a comprehensive examination that require X-rays.

How to Receive Services

If you would like your child to receive these services, please complete the consent form and return it to your child's teacher.

Caring for your child's teeth early prevents issues like cavities, tooth decay, and gum irritation, setting the foundation for a lifetime of good health. Focusing on oral health and building healthy habits helps children grow into healthy adults!





**Departamento de Salud Pública de Florida
en el condado de Volusia County**
1845 Holsonback Dr.
Daytona Beach, FL 32117

386-274-0896
Volusia.FloridaHealth.gov

Información para padres/tutores

Programa escolar de sellado dental

El personal del Programa escolar de selladores dentales del Departamento de Salud de Florida visitará la escuela de su hijo y prestará servicios dentales a los niños, previa autorización de los padres/tutores.

No se cobrará ningún costo por los servicios de tratamiento a los padres o tutores. Se podrá facturar al seguro, según la cobertura.

Este programa está supervisado por Dr. Denise Orlando, DMD, número de licencia DN15309. Si tiene alguna pregunta, llame a nuestra oficina al 386-274-0896.

Servicios de atención médica dental disponibles

Su hijo recibirá una evaluación/revisión dental en persona realizada por un higienista dental titulado.

Su hijo NO recibirá vacunas, radiografías ni empastes.

Junto con la evaluación/revisión, es posible que su hijo reciba:

- Limpieza dental
- Aplicación tópica de flúor
- Sellador(es) dental(es)
(una capa delgada que se aplica en los dientes posteriores sanos para ayudar a prevenir las caries)
- Cepillo de dientes y pasta de dientes para usar en casa
- Consejos para cepillarse los dientes y usar hilo dental correctamente
- Información nutricional para promover una buena salud bucal

Resultados de la evaluación/revisión

Después de ver a su hijo, le enviaremos una carta a su casa y le llamaremos si su hijo tiene alguna afección urgente. La carta incluye los servicios que se le prestaron a su hijo y cualquier tratamiento dental adicional que aún pueda necesitar.

- El diagnóstico de caries, enfermedades de los tejidos blandos, cáncer oral, enfermedad de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés) y maloclusiones dentofaciales solo puede completarse por un dentista durante un examen completo que requiere radiografías.

Cómo recibir servicios

Si desea que su hijo reciba estos servicios, complete el formulario de consentimiento y devuélvalo al maestro de su hijo.

Cuidar los dientes de su hijo desde temprana edad previene problemas como caries, deterioro dental e irritación de las encías, sentando las bases para una vida llena de salud. ¡Centrarse en la salud bucodental y crear hábitos saludables ayuda a los niños a convertirse en adultos sanos!





Consent Form for Treatment

Florida Department of Health

School-Based Sealant Program

County: Volusia
School: _____
Grade: _____
Teacher: _____

Your child will receive an assessment/screening by a licensed dental hygienist, along with appropriate treatment that may include a dental cleaning, sealants, fluoride varnish, and oral hygiene instructions. Services will be provided at your child's school.

CHILD INFORMATION

First Name: _____ Last Name: _____
Date of Birth: _____ Sex: ☐ Male ☐ Female
Address: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Race/Ethnicity: ☐ White ☐ Black ☐ Hispanic ☐ Non-Hispanic ☐ Asian
☐ American Indian/Alaska Native ☐ Hawaiian Native ☐ Pacific Islander ☐ Other
Name of Parent/Guardian: _____ Phone Number: _____

HEALTH INSURANCE INFORMATION

Insurance Type: ☐ Private Provider ☐ Florida Healthy Kids ☐ Medicaid ☐ None
Insurance Provider: _____ Policy Number: _____

CHILD'S HEALTH INFORMATION

☐ Yes ☐ No **Has your child received a dental checkup or dental care within the last year?**
If yes, provide dental provider name: _____
☐ Yes ☐ No **Has your child been seriously ill?**
If yes, please list all serious illnesses: _____
☐ Yes ☐ No **Does your child have any allergies?**
If yes, please list all known allergies: _____
☐ Yes ☐ No **Is your child currently taking any medications?**
If yes, please list all medications: _____
Reasons for medication(s): _____
☐ Yes ☐ No **Is there anything else we should know about your child?**
If yes, please explain: _____

PARENT/GUARDIAN CONSENT

To protect patient privacy, information about a child's treatment can only be released to parents or legal guardians. I, _____, do hereby give consent to the Florida Department of Health to use or disclose protected health information for treatment or insurance/Medicaid payment, for treatment purposes, or for health care operations. I agree if my child has urgent dental needs, his/her health information can be shared with school health clinic staff. By signing this form, I confirm my review of the Notice of Privacy Practices and give permission for my child to participate in this program.

Name of Parent/Guardian

Signature

Date

Anyone who is not a biological parent and is giving consent for treatment must present legal proof of guardianship.

The Notice of Privacy Practices is available online at FloridaHealth.gov/Privacy. Paper copies are available by request.



Formulario de consentimiento para el tratamiento médico

Departamento de Salud Pública de Florida
Programa escolar de sellado dental

Condado: Volusia
Escuela: _____
Grado: _____
Maestro: _____

Su hijo recibirá una evaluación/revisión por parte de un higienista dental titulado, junto con el tratamiento adecuado, que puede incluir una limpieza dental, selladores, barniz fluorado e instrucciones de higiene bucal. Los servicios se prestarán en la escuela de su hijo.

INFORMACIÓN SOBRE EL MENOR

Primer nombre: _____ Apellido: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Raza/ ☐ Blanco ☐ Negro ☐ Hispano ☐ No hispano ☐ Asiático
Origen étnico: ☐ Indígena americano/nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawái ☐ Isleño del Pacífico ☐ Otro
Nombre del padre/de la madre/tutor: _____ Número de teléfono: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO MÉDICO

Tipo de seguro: ☐ Proveedor privado ☐ Florida Healthy Kids ☐ Medicaid ☐ Ninguna
Proveedor del seguro: _____ Número de póliza: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL MENOR

☐ Sí ☐ No ¿Ha recibido su hijo una revisión dental o atención médica dental en el último año?
En caso afirmativo, indique el nombre del proveedor dental: _____
☐ Sí ☐ No ¿Ha estado su hijo gravemente enfermo?
En caso afirmativo, enumere todas las enfermedades graves: _____
☐ Sí ☐ No ¿Su hijo tiene alguna alergia?
En caso afirmativo, enumere todas las alergias conocidas: _____
☐ Sí ☐ No ¿Está tomando su hijo algún medicamento actualmente?
En caso afirmativo, enumere todos los medicamentos: _____
Motivos por los que toma los medicamentos: _____
☐ Sí ☐ No ¿Hay algo más que debamos saber sobre su hijo?
En caso afirmativo, explique: _____

CONSENTIMIENTO DEL PADRE/DE LA MADRE/TUTOR

Para proteger la privacidad del paciente, la información sobre el tratamiento de un niño solo puede ser divulgada a los padres o tutores legales. Yo, _____ por la presente, doy mi consentimiento al Departamento de Salud de Florida para usar o divulgar información médica protegida para el tratamiento o el pago del seguro/Medicaid, para fines de tratamiento o para operaciones de atención médica. Acepto que, si mi hijo tiene necesidades dentales urgentes, su información médica pueda ser compartida con el personal de la clínica de salud de la escuela. Al firmar este formulario, confirmo que he leído el Aviso de prácticas de privacidad y doy permiso para que mi hijo participe en este programa.

Nombre del padre/de la madre/tutor

Firma

Fecha

Cualquier persona que no sea el padre o la madre biológica y dé su consentimiento para el tratamiento debe presentar una prueba legal de tutela.

El Aviso de prácticas de privacidad está disponible en línea en [FloridaHealth.gov/Privacy](https://www.floridahealth.gov/Privacy). Se pueden solicitar copias impresas.



Dental Sealants for Sunny Smiles



UNSEALED
TOOTH



SEALED
TOOTH

What is a dental sealant?

A sealant is a thin plastic coating that protects the chewing surfaces of teeth from cavities.

When should teeth be sealed?

A sealant should be placed as soon as the permanent tooth appears in the mouth, usually around 5-6 years old, or as soon as possible.

How are dental sealants applied?

After the tooth is cleaned, the sealant is painted into the grooves of the back teeth. A special light is used to help the sealant harden.

How long do sealants last?

Sealants will usually last about five years or longer. Sealants should be checked once a year and replaced if needed.





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.

