

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

Programa de Sellador Dental Gratuito

Estimado Parent /Legal Guardian:

Un programa dental gratuito se proporcionará en la escuela de su hijo. Este programa ayuda a detener caries. El objetivo de este programa es enseñar a cada niño a bien limpiar sus dientes proporcionan un tratamiento con flúor y colocar selladores dentales protectores en molares permanentes, si es necesario. Los sellantes dentales son seguros y sin dolor, fácil de aplicar y ayudar a detener las caries. Los sellantes son aprobados por la Asociación Dental Americana.

Un higienista dental con licencia del Departamento de salud de Florida proporcionará una proyección de los dientes de su niño. Su hijo no se dará ningún sedantes, vacunas, medicamentos o los rayos x. Si su hijo tiene cavidades, las cavidades tendrá que ser tratado por un dentista en un consultorio dental. Una carta será enviada a casa con su hijo describiendo lo que se hizo y qué seguimiento es necesario. Historia de salud del niño:

Este programa no debe reemplazar un completo chequeo dental por un dentista con licencia.

- Sí No ¿Ha su hijo recibió una atención dental de chequeo o dental en el último año?
Nombre de dentista _____
- Sí No ¿Ha su hijo gravemente enferma? Lista de todas enfermedades graves _____
- Sí No ¿Es su hijo alérgico a algo? List _____
- Sí No ¿Es su hijo tomando algún medicamento? Lista de medications todos _____
- Sí No ¿Tiene su niño alguna vez se ha visto en una sala de emergencia del Hospital por un problema dental?
- Sí No ¿Hay nada más debemos saber sobre su hijo? En caso afirmativo, sírvase precisar la respuesta _____

Nombre de profesor _____ Grado _____ Escuela _____
Nombre del niño _____ Fecha de Nacimiento _____
Inicio del código de dirección postal _____
Nombre del padre o Tutor Legal (letra de molde) _____
Teléfono de contacto número _____

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN:

Por la presente autorizo al Departamento de salud de Florida en el Condado de Charlotte, 1100 Loveland Blvd. Port Charlotte, FL. 33980 y cualquier proveedor médico o salud o agente autorizado, examinar o tratar a mi hijo, para usar o divulgar información de salud protegida a Charlotte County Public Schools, 1445 educación forma Port Charlotte, FL 33948, o a Medicaid, si es elegible para tales operaciones de tratamiento o cuidado de la salud, como liberación para cualquier tercero pagador. Esto puede incluir cualquier y toda información referente al pago

POR MI FIRMA ABAJO RECONOZCO EL CONSENTIMIENTO ANTERIOR Y EL RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DENTAL DE SOBRE EL NIÑO.

Sí, quiero que mi niño participe. Signature: _____ Date _____

Los servicios no son un sustituto de un examen dental completo por un dentista.