

**Mission:**

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



**Rick Scott**  
Governor

**John H. Armstrong, MD, FACS**  
State Surgeon General & Secretary

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

Nombre del maestro: \_\_\_\_\_

Escuela: \_\_\_\_\_

Estimado Padre/Tutor:

Un programa gratuito de Sellador Dental estará en la escuela de su hijo en la fecha arriba indicada. Este programa estará disponible para todos los alumnos del segundo grado y ayuda a prevenir las caries dentales. El dentista examinará los dientes de su niño. No se tomarán ninguna radiografía. El dentista decidirá que muelas (permanentes parte lateral de la boca) necesitan el sellado. Esos dientes serán cubiertos con un sellador dental. Los sellantes son seguros, no duelen, son fáciles de aplicar y no requieren anestesia. Los mismos sellan y mantienen fuera de las muelas comida y bacterias que pueden causar caries dentales. Estos selladores son aprobados y recomendados por la Asociación Dental Americana.

El programa de sellador dental estará basado en la escuela y será proporcionado por el Programa Dental del Departamento de Salud de la Florida en el Condado Lake.

**FAVOR DEVOLVER ESTE FORMULARIO A LA MAESTRA DE SU NIÑO INMEDIATAMENTE**

\_\_\_ Si, yo le doy permiso a mi hijo a recibir un examen dental, fluoruro y selladores (si es necesario)

\_\_\_ No, no doy permiso a mi hijo a ser evaluado por el siguiente motivo: \_\_\_\_\_

Nombre del niño: \_\_\_\_\_  Varón  Hembra Grado \_\_\_\_\_

Marque todos los que apliquen:  Blanco  Negro/Afro Americano  Asiático  Hawaiano/Islands del Pacifico  Latino  
 Indio Americano/Nativo de Alaska  Otros

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Marcar el que aplica:  DentaQuest  MCNA  Argus  Seguro Privado  Otro  Ninguno

Mi hijo tiene un dentista: Si  Nombre del dentista \_\_\_\_\_  No

Fecha de último examen dental \_\_\_\_\_

Padre o tutor del niño: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Apellido Relación

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono diurno: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código Postal

**HISTORIAL DE SALUD DEL NIÑO**

Por favor **contestar SI o NO** para cada una de las siguientes preguntas con respecto a la **salud del niño**: (marque todas las que apliquen)

**SÍ NO**

- Historial de fiebre reumática?  Soplo del corazón?  Asma?  Medicamentos para el asma: \_\_\_\_\_
- Mi niño necesita tomar antibióticos (es decir, penicilina) antes de procedimientos dentales? \_\_\_\_\_
- Mi niño no puede tomar o es alérgico a los siguientes medicamentos o materiales: \_\_\_\_\_
- Mi hijo tiene el siguiente problema de salud: \_\_\_\_\_
- Mi niño fue hospitalizado en los últimos 2 años por: \_\_\_\_\_
- Mi niño está tomando los siguientes medicamentos: \_\_\_\_\_ para: \_\_\_\_\_
- Mi niño experimentó la siguiente reacción no favorable de tratamiento dental previo? \_\_\_\_\_

Por favor, añadir cualquier comentario o información adicional: \_\_\_\_\_

Certifico que he **LEIDO** y **ENTENDIDO** las preguntas anteriores, he respondido a las preguntas a lo mejor de mi conocimiento, y todas las preguntas han sido contestadas. Entiendo que a mi hijo no se le proporcionara otro tratamiento dental el cual él o ella pueda necesitar. Tengo entendido que este programa de Sellador Dental será proporcionado por el programa Dental del Departamento de salud de Florida en el Condado Lake en la escuela de mi hijo. A nombre mío y/o del paciente, yo autorizo a los proveedores dentales recibir el pago de cualquier seguro o cualquier tercer pagador que cubra los servicios prestados a este paciente.

**Firma del Padre** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_ →