

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

DENTAL SEALANT PROGRAM CONSENT FORM

Dear Parent/Guardian:

A **FREE** dental program will be in your child's school soon. The program is only for 2nd graders. This program helps to stop tooth decay. A dentist will examine your child's teeth. No X-rays will be taken. The dentist will decide which back teeth need to be sealed. Those teeth will be coated with a plastic sealant. Sealants seal out food and bacteria which cause decay. Sealants are safe, painless, and simple to apply and stop cavities! They are approved by the American Dental Association.

Your child may also be examined next year. New sealants will be put on if needed.

PLEASE RETURN THIS FORM SIGNED TO YOUR CHILD'S SCHOOL.

YES, I give my permission for my child to receive sealants by the Dental Division of the Palm Beach County Health Department.

Name of Child _____ Date of Birth _____

Male ___ Female ___ Telephone _____

No payment is required from you for this program. Medicaid will help to cover the cost.

Is your child healthy? Yes ___ No ___

If your child had serious health problems in the past, please explain. _____

CONSENT TO RELEASE INFORMATION:

I do hereby consent to Palm Beach County Health Department, P.O. Box 29, West Palm Beach, Florida 33402 and any physician or health care provider or authorized agent, examining or treating me to use or disclose protected health information for treatment payment, payment or health care operations, including release to any third party payer, any medical, psychiatric/psychological, alcohol/drug abuse, sexually transmitted diseases tuberculosis, AIDS, HIV, or case management information, including any information received from other health care providers, concerning diagnosis and treatment for its use in determining a claim for such diagnosis or treatment. This may include any and all information pertaining to payment.

BY MY SIGNATURE BELOW I ACKNOWLEDGE THE ABOVE CONSENT AND THE RECEIPT OF THE NOTICE OF PRIVACY RIGHTS AND CONSENT TO DENTAL TREATMENT OF ABOVE CHILD.

Yes, I want my child to participate. Signature X _____ Date _____

No, I do not want my child to participate. Signature X _____ Date _____

PALM BEACH COUNTY HEALTH DEPARTMENT
Dental Administration
800 Clematis Street, West Palm Beach, FL 33402
Phone: 561-837-5560
Cell: 561-578-0926

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

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA EL PROGRAMA DE SELLADORES DENTALES

Estimados padres o tutores:

En la escuela de su hijo se ofrecerá muy pronto un programa dental **gratuito**. Éste es únicamente para los estudiantes de 2^{do} grado. El propósito del programa es prevenir las caries. Un dentista examinará a su hijo, sin realizar radiografías, luego determinará cuáles muelas necesitan tratamiento y se les aplicará un sellador plástico sobre la superficie; esto no permitirá que se introduzcan restos de alimentos ni bacteria en los dientes que pueden causar caries. ¡Los selladores son seguros, no producen ningún dolor, fácil de aplicar y previenen las caries! Estos selladores están aprobados por la Administración Dental Americana.

Su hijo podría ser examinado el próximo año y se le aplicará nuevos selladores si es necesario.

POR FAVOR, DEVUELVA ESTE FORMULARIO A LA ESCUELA.

Sí, autorizo a mi hijo a recibir los selladores ofrecidos por la División Dental del Departamento de Salud del Condado de Palm Beach.

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Masculino ___ Femenino ___ Teléfono _____

Este programa no requiere pagos ya que Medicaid ayudará a cubrirlos.

¿Está su hijo (A) SALUDABLE? Sí ___ No ___

¿Ha tenido su hijo (A) serios problemas de salud en el pasado, si su respuesta es si, por favor explique?

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN:

Yo por medio de la presente autorizo al Departamento de Salud del Condado de Palm Beach, P.O. Box 29, West Palm Beach, Florida 33402, y a cualquier médico o proveedor de servicios médicos o agente autorizado, que me examina o atiende, a usar o divulgar información médica privada para pagos de tratamientos, procedimientos de servicios de salud o pagos, incluyendo la divulgación a una tercera parte que hace los pagos, de dar cualquier información médica, siquiátrica o psicológica, de tratamientos por abuso del consumo de alcohol y drogas, de enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis, SIDA, VIH o información de la administración del caso, incluyendo cualquier información obtenida de otros proveedores de servicios de salud, relacionada con el diagnóstico y el tratamiento para usarla en determinar una reclamación de dicho diagnóstico o tratamiento. Esto puede incluir cualquiera y toda la información referente a los pagos

POR MEDIO DE MI FIRMA A CONTINUACIÓN YO, ACEPTO LO ANTES MENCIONADO, EL RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE DERECHOS A LA PRIVACIDAD Y LA AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DENTAL DEL MENOR ANTERIORMENTE MENCIONADO.

SI DESEO QUE MI HIJO (A) PARTICIPE _____ Fecha ___/___/___

NO DESEO QUE MI HIJO (A) PARTICIPE _____ Fecha ___/___/___

PALM BEACH COUNTY HEALTH DEPARTMENT
Dental Administration
800 Clematis Street, West Palm Beach, FL 33402
Phone: 561-837-5560
Cell: 561-578-0926

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

Fòm konsantman pwogram pou pwoteksyon dan

Chè Paran/Responsab:

Anvan lontan, pral genyen yon pwogram **GRATIS** pou pwoteksyon dan nan lekòl pitit ou a. Pwogram nan se pou elèv dezyèm ane sèlman. Pwogram sa a ede anpeche dan pike. Yon dantis pral egzamine dan pitit ou a. Yo p ap fè okenn radyografi. Dantis la pral wè ki dan dèyè ki bezwen trete. Li va kouvri dan sa yo avèk yon kouch pat an plastik. Kouch pat sa a anpeche kras manje ak bakteri vin chita nan fant dan yo. Pat yo pa prezante okenn danje, yo pa fè mal, li fasil pou aplike yo epi fini ak dan pike yo! Administrasyon Dantè Ameriken apwouve pat sa a.

TANPRI, VOYE PAPYE SA A TOUNEN LEKOL LA TOUSWIT.

Wi, mwen bay Divizyon Dantè Depatman Sante Rejyon Palm Beach pèmisyon pou mete kouch pwoteksyon sou dan pitit mwen an.

Non timoun nan _____ Dat _____
nesans _____

Gason ___ Fi ___ Telefòn _____

Ou pa bezwen peye senk kòb pou pwogram sa a. Medicaid ap peye pou ou.

Èske pitit ou a an sante? Wi ___ Non ___
Èske pitit ou a te janm rive malad grav? Si wi, eksplike. _____

KONSANTMAN POU BAY ENFOMASYON:

Mwen menm mwen dakò pou Depatman Sante rejyon Palm Beach, P.O. Box 29, West Palm Beach, Florid 33402 ak nenpòt doktè osinon ajan sante osinon moun ki otorize pou konsilte m osinon trete m pou yo itilize osinon bay enfòmasyon konfidansyèl sou sante pou tretman, peyman, osinon operasyon nan domèn lasante, ki gen ladan pèmisyon pou yon twazyèm pati ki gen pou peye, nenpòt pwoblèm medikal, sikyatri/epsikolojik, abi alkòl/dwòg, maladi moun pran nan fè lanmou, tibèkiloz, SIDA, HIV, osinon enfòmasyon sou administrasyon, ki genyen ladan nenpòt enfòmasyon lòt ajan sante voye, konsènan analiz ak tretman pou izaj li pou detèmine yon reklamasyon pou analiz osinon tretman sa a. Sa kab gen ladan nenpòt enfòmasyon sou peyman.

AK SIYATI M KI PI BA A, MWEN ADMET SA KI EKRI PI WO A SOU DWA PWOTEKSYON ENFOMASYON PESONEL EPI MWEN DAKO POU PITIT MWEN KI GEN NON LI SITE PI WO A RESEVWA SWEN DANTE.

Siyati kliyan an/reprezan li X _____ Dat ___/___/___

PALM BEACH COUNTY HEALTH DEPARTMENT
Dental Administration
800 Clematis Street, West Palm Beach, FL 33402
Phone: 561-837-5560
Cell: 561-578-0926