

**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 Dental Preventivo**

**Año Escolar 2018/2019**

Estimado padre / Tutor Legal:

Se Le Ofrecerá un Programa de Prevención de Salud Oral para su niño en su escuela. El objetivo de este programa es enseñar a cada niño a limpiar correctamente sus dientes, proporcionar un barniz de fluoruro y colocar selladores protectores, si es necesario. Los selladores dentales son seguros, sin dolor y fáciles de aplicar y prevenir las caries. Selladores son aprobados por la Asociación Dental Americana.

Un higienista dental licenciada por el Departamento de Salud de Florida ofrecerá un examen de los dientes de su hijo/a. Su hijo no se le dará ningún sedante, inyeccion, medicamento o radiografía. Si su hijo tiene caries, tendrán que ser tratado/a por un dentista en un consultorio dental. Una carta se le dará a los padres que describe lo que se hizo y lo que se necesita atención de seguimiento.

**Este programa no debe sustituir a un chequeo completo en un consultorio dental**

Nombre del maestro/a \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_  
Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Dirección / código postal \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Nombre del Padre \_\_\_\_\_  
Su hijo tiene Medicaid  Si  No • El número de Medicaid de mi hijo es \_\_\_\_\_  
Su hijo tiene Seguro Dental  Si  No

**Proporcione por favor la información del dentista de su niño**

Nombre del dentista \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Consentimiento para liberar información**

Por la presente autorizo al Departamento de Salud de Florida - Condado de Martin, 3441 SE Willoughby Blvd. Stuart, FL 34994 y cualquier medico o proveedor de atención médica o agente autorizado, que examine o trate a mi hijo a usar o divulgar información de salud protegida para el pago de Medicaid, si es elegible, para este tipo de tratamiento o atención médica, incluyendo la liberación a terceros. Esto puede incluir cualquier y toda la información relacionada con el pago.

EL AVISO DE DERECHOS DE PRIVACIDAD se puede encontrar en nuestra página web:  
[www.MartinCountyHealth.com](http://www.MartinCountyHealth.com)

**POR MI FIRMA ABAJO RECONOZCO EL CONSENTIMIENTO Y CONSENTIMIENTO ANTERIORES PARA EL TRATAMIENTO DENTAL DEL NIÑO.**

Sí, quiero que mi hijo participe. Firma x \_\_\_\_\_ Fecha x \_\_\_\_\_

**Los servicios que se ofrecen no son un sustituto para un examen dental completo por un dentista.**

Florida Department of Health  
in Martin County  
3441 SE Willoughby Blvd., • Stuart, FL 34994  
PHONE: 772/221-4000 • FAX: 772/221-4989  
[MartinCountyHealth.com](http://MartinCountyHealth.com)

