

Mission:

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



Ron DeSantis
Governor

Joseph A. Ladapo, MD, PhD
State Surgeon General

Vision: To be the Healthiest State in the Nation

Dental Sealant Program

Dear Parent /Legal Guardian:

A **FREE** dental program will be provided in your child's school for Pre-K through 5th grade students. The goal of this program is to teach your child how to properly clean his/her teeth, provide a fluoride treatment, and place protective dental sealants, if needed. Dental sealants are safe and painless, easy to apply, and help prevent cavities on permanent molars. Sealants are approved by the American Dental Association.

A licensed dental hygienist from the Florida Department of Health will provide a screening of your child's teeth. Your child will not be given any sedatives, shots, medications, or x-rays. Your child will still need to be examined and treated by a dentist. All students will receive a letter describing what services were provided and if follow-up care is needed.

Child's Health History:

Yes No Has your child received a dental check-up or dental care within the last year?

Dentist Name: _____

Yes No Does your child have any medical conditions? If yes, please list: _____

Yes No Is your child allergic to anything? If yes, please list: _____

Yes No Is your child taking any medications? If yes, please list: _____

Yes No Is there anything else we should know about your child? If yes, please explain: _____

Teacher's Name _____ Grade _____ School _____

Child's Name _____ Date of Birth _____

Home Address/Zip Code _____

Name of Parent or Legal Guardian (please print) _____

Contact Phone Number _____

CONSENT TO RELEASE INFORMATION:

I do hereby consent to Florida Department of Health in Charlotte County, 1100 Loveland Boulevard, Port Charlotte, FL 33980, and any physician or health care provider or authorized agent, examining or treating my child, to use or disclose protected health information to Charlotte County Public Schools, or to Medicaid, if eligible, for such treatment or health care operations, including release to any third-party payer. This may include any and all information pertaining to payment.

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



YES, I want my child to participate. Signature: _____ Date: _____

The services offered are not a substitute for a comprehensive dental exam by a dentist.



Mission:

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



Ron DeSantis
Governor

Joseph A. Ladapo, MD, PhD
State Surgeon General

Vision: To be the Healthiest State in the Nation

Programa de Sellador Dental

Estimado Padre /Tutor Legal:

Un programa dental **GRATUITO** se proporcionará en la escuela de su niño/a para grados pre-escolar hasta quinto. El objetivo de este programa es enseñar a su niño/a como limpiar debidamente sus dientes, proveer tratamiento de fluoruro y colocar selladores dentales protectores , si es necesario. Los sellantes dentales no causan ningún daño ni ningún dolor , son fácil de aplicar y ayuda a prevenir las caries. Los sellantes son aprobados por la Asociación Dental Americana.

Un higienista dental con licencia del Departamento de Salud de la Florida le hará un chequeo dental a su niño/a. A su niño/a no se le dará ningún sedante, vacunas, medicamentos, o rayos x. Su niño/a todavía necesitará ser examinado y tratado por un dentista. Una carta será enviada a casa con su hijo describiendo los servicios proporcionados y qué seguimiento es necesario.

Historial de Salud del Niño:

- Sí No ¿Su niño/a ha recibido atención dental o chequeo dental en el último año?
Nombre del dentista _____
- Sí No ¿Su niño/a ha estado gravemente enfermo? Lista de todas enfermedades graves _____
- Sí No ¿Su niño/a es alérgico a algo? Lista _____
- Sí No ¿Está su niño/a tomando algún medicamento? Lista _____
- Sí No ¿Hay alguna otra cosa que debemos saber sobre su niño/a? En caso afirmativo, por favor explique _____

Nombre de profesor _____ Grado _____ Escuela _____
 Nombre del niño(a) _____ Fecha de Nacimiento _____
 Dirección y código postal _____
 Nombre del padre o Tutor Legal (letra de imprenta) _____
 Número de Teléfono _____

CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN:

Por la presente autorizo al Departamento de Salud de la Florida en el Condado de Charlotte, 1100 Loveland Boulevard, Port Charlotte, FL 33980 y cualquier proveedor médico de salud o agente autorizado, examinar o tratar a mi niño(a), usar o divulgar información de salud protegida en las escuelas públicas del condado de Charlotte, a Medicaid, si es elegible para esos tratamientos u operaciones de cuidado de salud, incluyendo a cualquier tercer 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 ESTE



Si, yo quiero que mi niño participe. Firma: _____ Fecha: _____

Los servicios ofrecios no reemplazan un chequeo completo dental por un dentista con licencia

