



¡UN PROGRAMA DENTAL LLEGARÁ PRONTO A LA ESCUELA DE SU HIJO!

Su hijo recibirá:

- Examen dental
 - Información sobre la manera correcta de cepillarse los dientes
 - Limpieza dental (cuando corresponda)
 - Selladores dentales (si fueran necesarios)
 - Tratamiento con fluoruro
 - Cepillo de dientes, pasta dental, hilo dental y un libro sobre el cuidado de los dientes
 - Remisiones a otros médicos para el seguimiento de su cuidado dental (si fueran necesarias)
- Un higienista dental con licencia del Departamento de Salud de Florida (Florida Department of Health) prestará estos servicios dentales preventivos.
 - A su hijo no le pondrán ninguna inyección, no le darán medicamentos, no le harán radiografías y no le pondrán empastes.
 - Después de atender a su hijo, le enviarán una carta a su casa en la que le informarán sobre los servicios que recibió y la atención de seguimiento necesaria.
 - Si el Departamento de Salud vio a su hijo el año pasado, usted tendrá que completar nuevos formularios de permiso para que vuelvan a atenderlo.
 - Usted no recibirá una factura. Este programa no tiene costo para usted. Si su hijo tiene cobertura de Medicaid, los servicios dentales que nosotros prestamos se facturarán a Medicaid. Los servicios que no están cubiertos por Medicaid no tienen costo para usted.



Para que su hijo reciba estos servicios, usted debe:

- Completar los dos formularios con bolígrafo
- Completar todas las preguntas de los formularios
- Firmar y fechar los dos formularios
- Entregar los dos formularios al maestro del menor
 1. Formulario de permiso
 2. Formulario de inicio de servicios (Firmar la Parte VII)

****Este programa no reemplaza una revisión completa de un dentista.**

Si tiene preguntas sobre este programa, llame al 954-847-8196.



Diente natural



Diente sellado

¿Qué son los selladores dentales? Los selladores dentales son recubrimientos delgados de plástico que se aplican a las ranuras de las superficies que se usan para masticar en los dientes de la parte de atrás de la boca, para protegerlos contra las caries. La mayoría de las caries en los niños y adolescentes están en esas superficies. Los selladores protegen las superficies que se usan para masticar de las caries gracias a que mantienen a los gérmenes y las partículas de comida alejadas de las ranuras.

¿En qué dientes se ponen los selladores? Los molares permanentes son los que tienen más probabilidades de beneficiarse de los selladores. Los primeros molares suelen aparecer en la boca de los niños, aproximadamente, a los 6 años. Los segundos molares aparecen, aproximadamente, a los 12 años. Lo mejor es aplicar el sellador poco después de que erupcionan los dientes, antes de que tengan la posibilidad de tener caries.

¿Cómo se aplican los selladores? El proceso es breve y fácil. Después de limpiar el diente, se pone un gel en la superficie que se usa para masticar durante unos segundos. El diente se enjuaga y se seca, y se pinta el sellador en él. Después, se aplica una luz en el diente para ayudar a endurecer el sellador. El sellador tarda, aproximadamente, un minuto en formar una barrera de protección.

¿Se sienten diferentes los dientes con los selladores? Al igual que con cualquier cosa nueva que se pone en la boca, un niño puede sentir el sellador con la lengua. Los selladores son muy delgados y solo llenan las ranuras de los dientes de la parte de atrás.

¿Cuánto tiempo duran los selladores? Un sellador puede durar varios años. Pueden salirse antes si su hijo come dulces pegajosos. Los selladores se deben controlar en las citas dentales habituales y se pueden reaplicar si ya no están en su lugar.

¿De qué manera entran los selladores en un programa dental preventivo? Los selladores son una parte de la atención dental preventiva total de un niño. Un programa dental preventivo completo también incluye la aplicación de fluoruro, cepillarse los dientes dos veces al día, elecciones de comida saludables y recibir atención dental con regularidad.

¿Es posible poner selladores sobre caries? Los selladores se pueden poner sobre áreas de caries incipientes para prevenir que el diente se siga dañando. Como algunos selladores son transparentes, el dentista puede revisar el diente para asegurarse que el sellador esté cumpliendo su función.

¿Por qué es mejor sellar un diente que esperar a que se formen caries y empastarlas? Las caries dañan los dientes de manera permanente. Los selladores los protegen. Los selladores pueden ahorrar tiempo, dinero y las molestias asociadas con los empastes dentales.

Para obtener más información:

<https://www.cdc.gov/oralhealth/publications/faqs/sealants.htm>
<http://www.mouthhealthy.org/en/az-topics/s/sealants>



¡Envíe este formulario a la escuela de su hijo!

FORMULARIO DE PERMISO

Departamento de Salud de Florida (Florida Department of Health) en el condado de Broward

Programa de Selladores Dentales

(Escuela)

(Maestro y grado)

Complete con **BOLÍGRAFO TODAS** las secciones de este formulario

Nombre del menor _____ **Fecha de nacimiento** _____ **Sexo** M F
APELLIDO Nombre Segundo nombre mm/dd/aaaa

Dirección _____ **Ciudad:** _____ **Código postal** _____

Raza Blanco Negro/afroamericano Nativo de América/nativo de Alaska Asiático
 Nativo de Hawái/isleño del Pacífico

Grupo Étnico Hispánico No Hispánico **Lenguaje primario** _____

Historial médico del menor:

- Sí No **¿Su hijo tiene alguna condición médica?**
Si la respuesta es sí, indique aquí: _____
- Sí No **¿Su hijo es alérgico a algo?**
Si la respuesta es sí, indique aquí: _____
- Sí No **¿Su hijo toma algún medicamento actualmente?**
Si la respuesta es sí, indique aquí: _____

Al firmar este formulario, doy permiso para que mi hijo participe en este programa dental preventivo que se hará en su escuela.

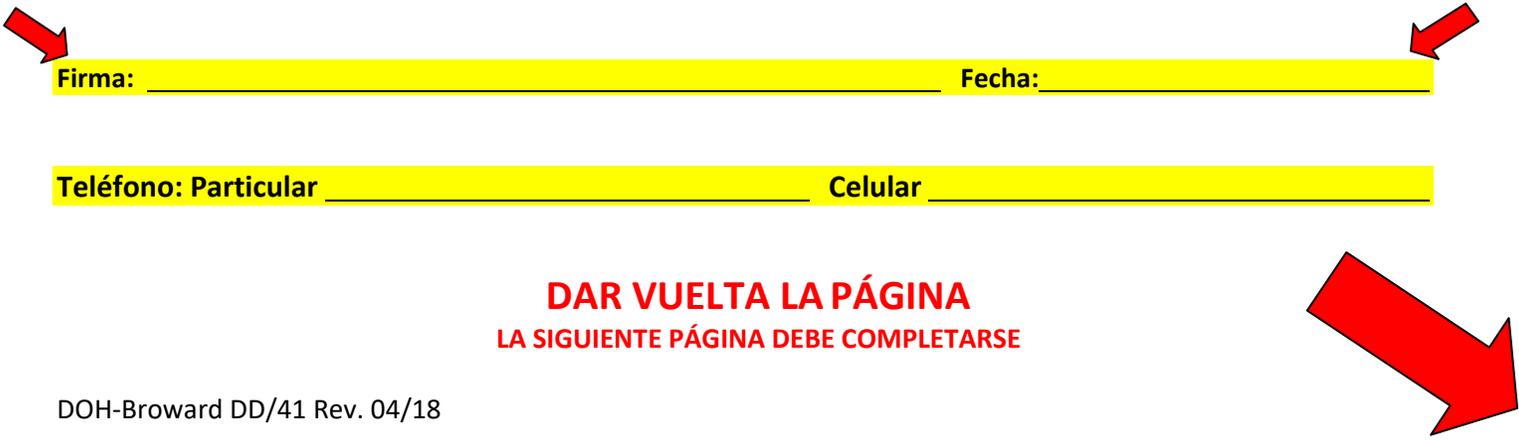
Mama Papá Tutor legal

Nombre del padre/de la madre/del tutor legal (en letra de molde): _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Teléfono: Particular _____ **Celular** _____

DAR VUELTA LA PÁGINA
LA SIGUIENTE PÁGINA DEBE COMPLETARSE



INICIO DE LOS SERVICIOS

PARTE I CONSENTIMIENTO PARA EL INICIO DE LA RELACIÓN ENTRE CLIENTE Y PROVEEDOR

Nombre del cliente: _____

Nombre de la Agencia: FLORIDA DEPARTMENT OF HEALTH IN BROWARD COUNTY

Dirección de la Agencia: 780 SW 24th STREET, FORT LAUDERDALE, FL 33315

Doy mi consentimiento para iniciar la relación entre cliente y proveedor. Autorizo al personal del Departamento de Salud (Department of Health) y a sus representantes a proporcionar la atención médica de rutina. Entiendo que la atención médica de rutina es confidencial y voluntaria, y puede implicar consultas médicas, incluyendo, obtención de mi historia médica, evaluaciones, exámenes médicos, administración de medicamentos o análisis de laboratorio o procedimientos menores. Puedo terminar con esta relación en cualquier momento.

Al poner mis iniciales en este renglón, reconozco que he recibido una Hoja informativa de consentimiento informado sobre telesalud y que doy mi consentimiento para que se ofrezcan algunos servicios a través de telesalud. Puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento, lo que discontinuará el uso de los servicios de telesalud sin afectar mi derecho a la atención o al tratamiento futuros.

PARTE II CONSENTIMIENTO PARA REVELAR INFORMACIÓN (Solo para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica).

Para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, doy mi consentimiento para que se use y se revele mi información de salud, incluyendo información médica, dental, sobre VIH/SIDA, ETS, TB y prevención de trastornos por abuso de sustancias, información psiquiátrica/psicológica y de administración de casos. Además, doy mi consentimiento para que mi información médica se comparta en el Health Information Exchange (intercambio de información médica, HIE), lo que permite el acceso a los consultorios médicos, hospitales, coordinadores de atención, laboratorios, centros de radiología y otros proveedores de atención médica participantes a través de medios electrónicos seguros. Si elige no compartir su información en el HIE, puede optar por no participar si pide y firma un formulario de exclusión del HIE.

PARTE III CERTIFICACIÓN, AUTORIZACIÓN PARA REVELAR Y SOLICITUD DE PAGO DEL PACIENTE DE MEDICARE (Solo aplica a clientes de Medicare).

Yo, el cliente/representante que firma abajo, certifico que la información que di en la solicitud de pago según el Título XVIII de la Ley de Seguro Social es correcta. Autorizo a la agencia de arriba a revelar mi información médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios/aseguradoras para este u otros reclamos relacionados con Medicare. Solicito que se paguen los beneficios autorizados en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por servicios médicos a la agencia mencionada arriba y la autorizo a presentar el reclamo ante Medicare para el pago.

PARTE IV CESIÓN DE LOS BENEFICIOS (Solo aplica a pagadores externos).

Yo, el cliente/representante que firma abajo, cedo a la agencia mencionada arriba todos los beneficios que reciba de cualquier plan de atención médica o póliza de gastos médicos. La cantidad de esos beneficios no debe superar los cargos médicos establecidos en la lista de tarifas aprobadas. Todos los pagos cubiertos en este párrafo deben hacerse a la agencia indicada arriba. Entiendo que soy personalmente responsable de los gastos que no cubra esta cesión.

PARTE V OBTENCIÓN, USO O REVELACIÓN DEL NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL

(Este aviso se entrega según la Sección 119.071(5)(a) de los Estatutos de Florida).

Para los programas de atención médica, el Departamento de Salud de Florida puede recopilar su número del Seguro Social con fines de identificación y facturación, según se autoriza en las subsecciones 119.071(5)(a)2.a y 119.071(5)(a)6 de los Estatutos de Florida. Firmando abajo, doy mi consentimiento para que se recopile, use o revele mi número del Seguro Social únicamente con fines de identificación y facturación. No podrá usarse con ningún otro fin. Entiendo que el Departamento de Salud de Florida debe recopilar los números del Seguro Social para cumplir las obligaciones y las responsabilidades que exige la ley.

PARTE VI SI FIRMO ABAJO, CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN DE ARRIBA ES CORRECTA Y CONFIRMO QUE RECIBÍ EL AVISO DE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD

Firma del cliente o su representante

Relación propia o del representante con el cliente

Fecha

Testigo (opcional)

Fecha

PARTE VII REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, _____ REVOCO ESTE CONSENTIMIENTO, vigente a partir del _____
Firma del cliente o su representante Fecha