



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

**POR FAVOR MANTENGA ESTA PÁGINA PARA SU INFORMACIÓN**

## Información para padres/tutores Programa escolar de sellado dental

El personal del Programa escolar de selladores dentales del Departamento de Salud de Florida visitará la escuela de su hijo y prestará servicios dentales a los niños, previa autorización de los padres/tutores.

Si su hijo participó en este programa el año pasado, aún debe completar los nuevos formularios de consentimiento para que pueda ser atendido nuevamente.

**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.

Este programa está supervisado por Dr. Supriya Narang, número de licencia DN17141. Si tiene alguna pregunta, llame a nuestra oficina al 954-847-8196.

## Servicios de atención médica dental disponibles

**Su hijo recibirá una evaluación/revisión dental en persona realizada por un higienista dental titulado.**  
Su hijo NO recibirá vacunas, radiografías ni empastes.

Junto con la evaluación/revisión, es posible que su hijo reciba:

- Cepillando los dientes
- Aplicación tópica de flúor
- Sellador(es) dental(es)  
*(una capa delgada que se aplica en los dientes posteriores sanos para ayudar a prevenir las caries)*
- Cepillo de dientes y pasta de dientes para usar en casa
- Consejos para cepillarse los dientes y usar hilo dental correctamente
- Información nutricional para promover una buena salud bucal

## Resultados de la evaluación/revisión

**Después de ver a su hijo, le enviaremos una carta a su casa y le llamaremos si su hijo tiene alguna afección urgente. La carta incluye los servicios que se le prestaron a su hijo y cualquier tratamiento dental adicional que aún pueda necesitar.**

- El diagnóstico de caries, enfermedades de los tejidos blandos, cáncer oral, enfermedad de la articulación temporomandibular (TMJ, por sus siglas en inglés) y maloclusiones dentofaciales solo puede completarse por un dentista durante un examen completo que requiere radiografías.

## Cómo recibir servicios

Si desea que su hijo reciba estos servicios, complete el formulario de consentimiento y devuélvalo al maestro de su hijo.

- Completa este formulario con bolígrafo.
  - Completar todas las preguntas en este formulario.
  - Firma y fechar el formulario.
  - Entrega el formulario al maestro del menor.
- \*\*Este programa no reemplaza una revisión completa de un dentista.**





**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://broward.floridahealth.gov>

<http://www.mouthhealthy.org/en/az-topics/s/sealants>





# Formulario de consentimiento para el tratamiento médico

Departamento de Salud Pública de Florida  
Programa escolar de sellado dental

Condado: \_\_\_\_\_

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

Grado & Maestro: \_\_\_\_\_

Su hijo recibirá una evaluación/revisión por parte de un higienista dental titulado, junto con el tratamiento adecuado, que puede incluir una limpieza dental, selladores, barniz fluorado e instrucciones de higiene bucal. Los servicios se prestarán en la escuela de su hijo.

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

## CHILD INFORMATION

**Primer nombre:** \_\_\_\_\_ **Apellido:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Sexo:**  Male  Female

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Raza/**  Blanco  Negro  Hispano  No hispano  Asiático

**Origen étnico:**  Indígena americano/nativo de Alaska  Nativo de Hawái  Isleño del Pacífico  Otro

**Nombre del padre/de la madre/tutor:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL MENOR

Sí  No **¿Su hijo tiene alguna condición médica?**

Si la respuesta es sí, indique aquí: \_\_\_\_\_

Sí  No **¿Ha estado su hijo gravemente enfermo?**

En caso afirmativo, enumere todas las enfermedades graves: \_\_\_\_\_

Sí  No **¿Su hijo tiene alguna alergia?**

En caso afirmativo, enumere todas las alergias conocidas: \_\_\_\_\_

Sí  No **¿Está tomando su hijo algún medicamento actualmente?**

En caso afirmativo, enumere todos los medicamentos: \_\_\_\_\_

Motivos por los que toma los medicamentos: \_\_\_\_\_

Sí  No **¿Hay algo más que debemos saber sobre su hijo?**

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO DEL PADRE/DE LA MADRE/TUTOR

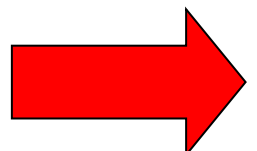
Al firmar este formulario, verifico mis derechos y responsabilidades detallados en la página inversa y doy permiso para que mi hijo participe en este programa dental preventivo basado en la escuela.

Nombre del padre/de la madre/tutor \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**DAR VUELTA LA PÁGINA  
PARA REVISAR TERMINOS Y CONDICIONES ADICIONALES**



**INICIO DE LOS SERVICIOS**

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

**Nombre del cliente:**

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

Dirección de la Agencia: 780 SW 24<sup>TH</sup> ST, FORT LAUDERDALE, FL 33315

Doy mi consentimiento para iniciar una relación 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.

Reconozco que he recibido una hoja informativa de consentimiento informando 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 de 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, 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 de los beneficios autorizados en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por servicios médicos a la agencia mencionada arriba y la autorizo a presentar un reclamo ante Medicare para el pago.

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

Yo, el cliente/representante que firma, 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 aprobada. Todos los pagos cubiertos en este párrafo deben hacerse a la agencia indicada arriba. Entiendo que soy personalmente responsable de los gastos que no cubran esta cesión.

**PARTE V OBTENCIÓN, USO O REVELACIÓN DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (Este aviso se entrega según la Sección 119.071(5)(a) de los Estatutos de la 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, 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 AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Certifico que he revisado, que entiendo y que acepto el Aviso de Prácticas de Privacidad, que establece las formas en que se permite que DOH utilice la información médica recopilada y enumera los derechos que tienen los clientes con respecto a su información médica. El Aviso de Prácticas de Privacidad está disponible aquí:

[https://broward.floridahealth.gov/wp-content/uploads/sites/9/2025/05/notice-of-privacy-practices-spanish\\_1023.pdf](https://broward.floridahealth.gov/wp-content/uploads/sites/9/2025/05/notice-of-privacy-practices-spanish_1023.pdf)

