

**Mission:**

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



**Ron DeSantis**  
Governor

**Joseph A. Ladapo, MD, PhD**  
State Surgeon General

**Vision:** To be the **Healthiest State** in the Nation

**Departamento de Salud de Florida en el Condado de Citrus  
Programa Dental Preventivo**

Profesor: \_\_\_\_\_

Un programa dental preventivo llegará pronto a la escuela de su hijo. Este programa está disponible sin costo para los padres/tutores. Su hijo puede recibir exámenes / evaluación dental, instrucciones de higiene oral y selladores y barniz de flúor si es necesario. Los servicios son proporcionados por un higienista dental con licencia. No se le administrarán medicamentos, inyecciones, radiografías o empastes a su hijo. Después de recibir los servicios, recibirá un resumen de los servicios que recibió su hijo y cualquier recomendación para la atención de seguimiento si es necesario. **Si desea que su hijo reciba estos servicios, complete, firme y devuelva este formulario de permiso al maestro de su hijo.**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Raza/origen étnico:  Blanco  Negro/Afroamericano  asiático  Hawaiano/Isleño del Pacífico  
 Hispano  Indoamericano/nativo de Alaska  Otro

Indique que seguro tiene su hijo:  Medicaid  Florida Healthy Kids  Otro

Número del plan de Medicaid de su hijo: \_\_\_\_\_

Nombre y número del plan de Florida Healthy Kids de su hijo: \_\_\_\_\_

**Historial de salud del niño:**

Sí  No ¿Su hijo(a) es alérgico(a) a algo? Lista de todas las alergias \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Su hijo está tomando algún medicamento? Enumere todos los medicamentos \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Su hijo(a) ha estado gravemente enfermo? Enumere todas las enfermedades \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Su hijo(a) ha ido al dentista en el último año? Nombre del dentista: \_\_\_\_\_

Si  No ¿Hay algo más que debemos saber sobre su hijo(a)? En caso afirmativo, sírvase explicar:

\_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Teléfono: Hogar: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Certifico que he LEÍDO y ENTIENDO las preguntas anteriores y las e respondido a mi mejor conocimiento. Este cuidado dental puede incluir gráficos dentales (revisión / evaluación dental), instrucciones de higiene oral, y selladores y barniz de flúor si es necesario. Comprendo que a mi hijo no se le está proporcionando otra atención dental que pueda necesitar. Estos servicios no son un sustituto de un examen dental completo. Autorizo al Departamento de Salud de Florida y a sus proveedores dentales a usar o divulgar información médica protegida para fines de tratamiento o seguro / pago de Medicaid. Autorizo al Departamento de Salud de la Florida y a sus proveedores dentales a recibir el pago de cualquier seguro o de cualquier tercero pagador que cubra los servicios prestados a este paciente. Al firmar este formulario, doy permiso para que mi hijo participe en este programa. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nuestra oficina al 352-513-6028. 06/2021-rg

**Firma del Padre/Tutor Legal** \_\_\_\_\_