



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

Estimado padre/tutor legal:

Grado: \_\_\_\_\_

Un programa dental preventivo llegará pronto a la escuela de su hijo. Este programa está disponible para estudiantes sin ningún costo a los padres/tutores. Su hijo puede recibir exámenes / evaluación dental, instrucciones de higiene oral, selladores si necesario, y barniz de flúor. 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 es alérgico a algo? Lista de todas las alergias \_\_\_\_\_

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

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

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

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

**Información de los padres o tutores legales**

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

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

Certifico que he LEÍDO y ENTIENDO las preguntas anteriores y las he respondido a mi leal saber y entender. Este cuidado dental puede incluir gráficos dentales (revisión / evaluación dental), instrucciones de higiene oral, selladores si es necesario, y barniz de flúor. 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 Raquel González (Número de Licencia de Higiene Dental DH12291) al 352-513-6028. Supervisión para el Programa Dental Escolar proporcionado por Robert Traul, DDS, Licencia Número DN11385. Número de emergencia fuera del horario de atención: 352-527-0068. 07/2024-RG

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

Para obtener más información sobre el Programa de Selladores Dentales, visite:  
<https://tinyurl.com/CitrusDentalSealants>

