



Formulario de consentimiento para el tratamiento médico

Departamento de Salud Pública de Florida
Programa escolar de sellado dental

Condado: Citrus
Escuela: _____
Grado: _____
Maestro: _____

Su hijo será examinado por un dentista titulado y recibirá 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.

INFORMACIÓN SOBRE EL MENOR

Primer nombre: _____ Apellido: _____
Fecha de nacimiento: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino
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 EL SEGURO MÉDICO

Tipo de seguro: ☐ Proveedor privado ☐ Florida Healthy Kids ☐ Medicaid ☐ Ninguna
Proveedor del seguro: _____ Número de póliza: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL MENOR

☐ Sí ☐ No ¿Ha recibido su hijo una revisión dental o atención médica dental en el último año?
En caso afirmativo, indique el nombre del proveedor dental: _____
☐ 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

Para proteger la privacidad del paciente, la información sobre el tratamiento de un niño solo puede ser divulgada a los padres o tutores legales. Yo, _____ por la presente, doy mi consentimiento al Departamento de Salud de Florida para usar o divulgar información médica protegida para el tratamiento o el pago del seguro/Medicaid, para fines de tratamiento o para operaciones de atención médica. Acepto que, si mi hijo tiene necesidades dentales urgentes, su información médica pueda ser compartida con el personal de la clínica de salud de la escuela. Al firmar este formulario, confirmo que he leído el Aviso de prácticas de privacidad y doy permiso para que mi hijo participe en este programa.

Nombre del padre/de la madre/tutor

Firma

Fecha

Cualquier persona que no sea el padre o la madre biológica y dé su consentimiento para el tratamiento debe presentar una prueba legal de tutela.

El aviso de prácticas de privacidad está disponible en línea en [FloridaHealth.gov/Privacy](https://www.floridahealth.gov/Privacy). Se pueden solicitar copias impresas.



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.

No se cobrará ningún costo por los servicios de tratamiento a los padres o tutores. Se podrá facturar al seguro, según la cobertura.

Este programa está supervisado por Robert Traul, DDS, número de licencia DN11385. Si tiene alguna pregunta, llame a nuestra oficina al 352-513-6028.

Servicios de atención médica dental disponibles

Su hijo recibirá un examen en persona, o un examen mediante fotografías de la boca, realizado por un dentista titulado, y el tratamiento dental que se indica a continuación.

Junto con el examen, es posible que su hijo reciba:

- Limpieza dental
- 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

Se pueden proporcionar servicios adicionales, según sea necesario:

Radiografías

Radiografías de los dientes dentro de la boca.

Fluoruro de diamina tópico

Se aplica sobre el diente afectado para detener el crecimiento de la caries y reducir la sensibilidad dental. *Este tratamiento requiere un formulario de consentimiento adicional.*

Resultados del examen

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.

Cuidar los dientes de su hijo desde temprana edad previene problemas como caries, deterioro dental e irritación de las encías, sentando las bases para una vida llena de salud. ¡Centrarse en la salud bucodental y crear hábitos saludables ayuda a los niños a convertirse en adultos sanos!

