

**Mission:**

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



**Rick Scott**  
Governor

**Celeste Philip, MD, MPH**  
State Surgeon General & Secretary

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

Sin costo alguno para padre o tutor

Un Programa Dental está llegando a la escuela de su hijo.

Su hijo recibirá:

Programa Dental  
Abril 11<sup>th</sup> - 18<sup>th</sup>

- Evaluación dental
- Educación sobre cómo cepillarse correctamente los dientes
- Los selladores dentales si es necesario \*\*\*
- Tratamiento de fluoruro
- Cepillo de dientes, pasta de dientes, hilo dental y cepillo de dientes temporizador
- Las referencias para la atención de seguimiento si es necesario

Un higienista dental con licencia del Departamento de Salud de Florida en el condado de Pinellas proporcionará los servicios mencionados anteriormente.

Su hijo no se le dará ningún disparo, medicamentos, rayos X o rellenos.

Después de que su hijo se ve, una carta será enviada a casa informándole de lo que se hizo y lo que se necesita atención de seguimiento.

Si desea que su hijo reciba estos servicios, debe

COMPLETA - FIRMAR - RETORNO

FORMULARIO DE PERMISO

by  
Abril 1<sup>st</sup>

\*\*\* Los selladores dentales son revestimientos protectores que ayudan a prevenir las caries en los dientes posteriores.

Este programa no sustituye a un completo chequeo dental por un dentista.

Departamento de Salud de Florida, en la Clínica Dental del Condado de Pinellas

Programa de Salud Oral Preventiva

Sin Costo para los Padres

Escuela:
Maestro:

- Si Estoy de acuerdo con la participacion de mi hijo en este programa
No Yo no quiero que mi hijo participe en este programa.

Nombre del niño Fecha de nacimiento Sexo H M

Dirección Código Postal

Raza / Etnia blanco Negro / afroamericano hispano indios americanos / nativos de Alaska
Asiático Otro nativo de Hawai asiático Islas del Pacífico otro

El niño tiene Seguros / Medicaid? Si No

Medicaid para niños # Seguros Niño Carrier ID #

Historia de Salud del Niño

- Si No Su hijo ha recibido un chequeo dental o cuidado dental en el último año? Nombre del dentista:
Si No Su hijo ha estado gravemente enfermo? indique todas las enfermedades graves
Si No Es su hijo alérgico a algo? En caso afirmativo, indique
Si No Está su hijo tomando algún medicamento? En caso afirmativo, indique todos los medicamentos
Si No Hay algo más que deberíamos saber acerca de su hijo? En caso afirmativo, por favor explique.

Padre o Tutor Legal Información

Padre/ Nombre del Tutor Legal

Teléfono: Casa Célula Trabajo

\*\* Si el tutor legal, ver nota abajo \*\*

Para proteger la privacidad del paciente, información sobre el tratamiento del niño sólo puede ser puesto en libertad a los padres o tutores legales.

Por la presente doy mi consentimiento al Departamento de Salud de Florida en el condado de Pinellas, 205 Dr. Martin Luther King Jr. St. N. St. Petersburg, FL 33701, para usar o divulgar información de salud protegida para el tratamiento o el pago del seguro / Medicaid. Estoy de acuerdo si mi hijo tiene necesidades dentales de urgencia, su / su información de salud puede ser compartida con la enfermera escolar.

Entiendo que la información médica de mi hijo es confidencial y los registros médicos son propiedad de la agencia que presta servicios a mi hijo. Los servicios dentales en la escuela son financiados por la Junta de protección de menores del condado de Pinellas (JWB) a través de los impuestos locales. Como parte de la financiación, el Departamento de Salud de Florida en el condado de Pinellas es necesario para recopilar información de identificación personal incluyendo información de salud protegida sobre mi hijo. Estoy de acuerdo y entiendo que la información confidencial, incluyendo, pero no limitado a, la información de salud protegida perteneciente a mi hijo recibe tratamiento se dará a conocer a los y recibida por JWB con el propósito de tratamiento, pago / reembolso, mejoras de calidad, actividades de investigación y vigilancia del cumplimiento. Yo libero DOH - Pinellas y Junta de protección de menores, a sus empleados, el personal y representantes de toda responsabilidad relacionada con o que surjan de esta versión de la información.

Entiendo que esta autorización está en su lugar mientras mi hijo está inscrito en la escuela antes mencionada. Este consentimiento terminará cuando mi hijo ya no está inscrito en la escuela mencionado arriba, excepto que no se aplicará a las medidas adoptadas previamente en virtud de esta autorización, tales como exámenes en curso de investigación y de cumplimiento con respecto a la información revelada anteriormente en dependencia de esta autorización. Yo entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización, debe ser por escrito y presentada a la escuela de mi hijo y no será efectivo con respecto a las medidas adoptadas previamente en virtud de esta autorización.

Por la presente autorizo DOH Pinellas a revelar información confidencial de mi hijo, incluyendo información médica protegida a Juvenil Junta de Bienestar del condado de Pinellas como se establece en el presente documento.

Firma Padre/Tutor Legal Fecha

\*\* Cualquier persona que no sea un padre natural de dar su consentimiento para el tratamiento debe proporcionar la documentación legal de la tutela.

Este programa se proporcionará en la escuela de su hijo. Su hijo también puede ser examinado el próximo año como parte de nuestro programa de monitoreo. Si usted tiene alguna pregunta, por favor póngase en contacto con 727-773-5367.