

Mission:

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



Ron DeSantis
Governor

Scott A. Rivkees, MD
State Surgeon General

Vision: To be the Healthiest State in the Nation

Español en la parte de atrás

No Cost to Parent or Guardian

A Dental Program is coming to your child's school.

Your child will receive:

- Dental Assessment
- Education on how to properly brush his/her teeth
- Dental sealants if needed***
- Fluoride treatment
- Toothbrush, Toothpaste, Floss and Toothbrush Timer
- Referrals for follow up care if needed

A licensed dental hygienist from the Florida Department of Health in Pinellas County will provide the services listed above.

Your child will not be given any shots, medications, x-rays or fillings.

After your child is seen, a letter will be sent home informing you what was done and what follow-up care is needed.

If you would like your child to receive these services, you must

COMPLETE – SIGN – RETURN

PERMISSION FORM

***Dental sealants are protective coatings that help prevent cavities on healthy back teeth.

This program does not replace a complete dental check-up by a dentist.

Mission:

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

**Ron DeSantis**

Governor

Scott A. Rivkees, MD

State Surgeon General

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:

- 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

*** 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.



Florida Department of Health in Pinellas County Dental Clinic
Preventive Oral Health Program

No-cost to Parent

School:
Teacher:

☐ **Yes I approve of my child's participation in this program**

☐ **No I do not approve of my child's participation in this program**

Name of Child _____ **Date of Birth** _____ **Sex** ☐ M ☐ F

Street Address _____ **Zip Code** _____

Race/Ethnicity ☐ White ☐ Black/African American ☐ Hispanic ☐ American Indian/Alaska Native
☐ Asian Other ☐ Hawaiian Native ☐ Asian ☐ Pacific Islander ☐ Other

Child has Insurance/Medicaid? ☐ Yes ☐ No

Child Medicaid # _____ **Child Insurance Carrier** _____ **ID #** _____

Child's Health History

☐ Yes ☐ No **Has your child received a dental check-up or dental care within the last year?** **Dentist Name:** _____

☐ Yes ☐ No **Has your child been seriously ill?** If yes, please list all serious illnesses _____

☐ Yes ☐ No **Is your child allergic to anything?** If yes, please list _____

☐ Yes ☐ No **Is your child taking any medications?** If yes, please list all medications _____

☐ Yes ☐ No **Is there anything else we should know about your child?** If yes, please explain. _____

Parent or Legal Guardian Information

Parent/ Legal Guardian's Name _____

Telephone: Home _____ Cell _____ Work _____

**** If legal guardian, see note below ****

To protect patient privacy, information about child's treatment can only be released to parents or legal guardians.

I do hereby give consent to the Florida Department of Health in Pinellas County, 205 Dr. Martin Luther King Jr. St. N. St. Petersburg, FL 33701, to use or disclose protected health information for treatment or Insurance/Medicaid payment. I agree if my child has urgent dental needs, his/her health information can be shared with the school nurse.

I understand that my child's medical information is confidential and the medical records are the property of the agency providing services to my child. The dental services at the school are funded by the Juvenile Welfare Board of Pinellas County (JWB) through local taxes. As part of the funding, the Florida Department of Health in Pinellas County is required to collect personally identifiable information including protected health information on my child. I agree and understand that confidential information, including but not limited to, protected health information pertaining to my child receiving treatment will be released to and received by JWB for the purpose of treatment, payment/reimbursement, quality improvements, research activities and compliance monitoring. I hereby release DOH – Pinellas and Juvenile Welfare Board, their employees, staff and representatives from all liability relating to or arising out of this release of information.

I understand this authorization is in place while my child is enrolled in the above mentioned school. This consent will terminate when my child is no longer enrolled in the above named school, except it will not apply to actions previously taken in reliance on this authorization such as ongoing research and compliance reviews with respect to information previously disclosed in reliance on this authorization. I understand that I have the right to revoke this authorization at any time. If I revoke this authorization, it must be in writing and presented to my child's school and will not be effective with respect to actions previously taken in reliance on this authorization.

I hereby authorize DOH Pinellas to disclose my child's confidential information, including protected health information to Juvenile Welfare Board of Pinellas County as set forth herein.

Parent/Legal Guardian Signature _____ **Date** _____

**** Anyone other than a natural parent giving consent for treatment must provide legal documentation of guardianship.**

This program will be provided at your child's school. Your child may also be examined next year as part of our monitoring program. If you have any questions, please contact 727-773-5367.

Departamento de Salud de Florida, en la Clinica 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.