



**Mission:**

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

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

## Dental Sealant Program

Dear Parent /Legal Guardian:

A **FREE** dental program will be provided in your child's school. The goal of this program is to teach your child how to properly clean his/her teeth, provide a fluoride treatment, and place protective dental sealants, if needed. Dental sealants are safe and painless, easy to apply, and help prevent cavities on permanent molars. Sealants are approved by the American Dental Association.

A licensed dental hygienist from the Florida Department of Health will provide a screening of your child's teeth. Your child will not be given any sedatives, shots, medications or x-rays. If your child has cavities, an additional form will be sent home offering a separate fluoride application that can stop the cavity. Your child will still need to be examined and treated by a dentist. If your child is in fifth grade, they will also receive a dental cleaning and teledental examination. All students will receive a letter describing what services were provided and if follow-up care is needed.

**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 Does your child have any medical conditions? If yes, please list: \_\_\_\_\_

Yes  No Is your child allergic to anything? If yes, please list: \_\_\_\_\_

Yes  No Is your child taking any medications? If yes, please list: \_\_\_\_\_

Yes  No Is there anything else we should know about your child? If yes, please explain: \_\_\_\_\_

|                                      |             |
|--------------------------------------|-------------|
| Signature of Medical Provider: _____ | Date: _____ |
|--------------------------------------|-------------|

Teacher's Name \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ School \_\_\_\_\_

Child's Name \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Home Address/Zip Code \_\_\_\_\_

Name of Parent or Legal Guardian (please print) \_\_\_\_\_

Contact Phone Number \_\_\_\_\_

**CONSENT TO RELEASE INFORMATION:**

I do hereby consent to Florida Department of Health in Sarasota County, 2200 Ringling Blvd. Sarasota, FL 34237, and any physician or health care provider or authorized agent, examining or treating my child, to use or disclose protected health information to Sarasota County Public Schools, or to Medicaid, if eligible, for such treatment or health care operations, including release to any third party payer. This may include any and all information pertaining to payment.

BY MY SIGNATURE BELOW I ACKNOWLEDGE THE ABOVE CONSENT AND THE RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY RIGHTS AND CONSENT TO DENTAL TREATMENT OF ABOVE CHILD.



|  |             |
|--|-------------|
| <b>YES, I want my child to participate.</b> Signature: _____ | Date: _____ |
|--|-------------|

The services offered are not a substitute for a comprehensive dental exam 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, M.D.**  
Surgeon General and Secretary

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

## Programa de Sellador Dental

Estimado Padre /Tutor Legal:

Un programa dental **GRATUITO** se proporcionará en la escuela de su niño/a. El objetivo de este programa es enseñar a su niño/a como limpiar debidamente sus dientes, proveer tratamiento de fluoruro y colocar selladores dentales protectores, si es necesario. Los sellantes dentales son seguros no causan ningún dolor, son fácil de aplicar y ayuda a prevenir las caries. Los sellantes son aprobados por la Asociación Dental Americana.

Un higienista dental con licencia del Departamento de Salud de la Florida le hará un chequeo dental a su niño. A su niño/a no se le dará ningún sedante, vacunas, medicamentos o rayos x. Si su niño/a tiene caries, una forma adicional será enviada a la casa ofreciendole una aplicación separada de fluoruro que pueda evitar las caries. Su niño/a todavía necesitará ser examinado y tratado por un dentista. Una carta será enviada a casa con su hijo describiendo los servicios proporcionados y qué seguimiento es necesario.

### Historial de Salud del Niño:

Sí  No ¿Su niño/a ha recibido atención dental o chequeo dental en el último año?

Nombre del dentista \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Su niño/a ha estado gravemente enfermo? Lista de todas enfermedades graves \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Su niño/a es alérgico a algo? Lista \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Está su niño/a tomando algún medicamento? Lista \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Hay alguna otra cosa que debamos saber sobre su niño/a? En caso afirmativo, por favor explique \_\_\_\_\_

**Firma del proveedor Médico:**

**Fecha:**

Nombre de profesor \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Escuela \_\_\_\_\_

Nombre del niño(a) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección y código postal \_\_\_\_\_

Nombre del padre o Tutor Legal (letra de imprenta) \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN:

Por la presente autorizo al Departamento de Salud de la Florida en el Condado de Sarasota, 2200 Ringling Blvd., Sarasota, FL 34237 y cualquier proveedor médico de salud o agente autorizado, examinar o tratar a mi niño(a), usar o divulgar información de salud protegida en las escuelas públicas del condado de Sarasota, a Medicaid, si es elegible para esos tratamientos u operaciones de cuidado de salud, incluyendo a cualquier tercero pagador. Esto puede incluir cualquier y toda información referente al pago

POR MI FIRMA ABAJO RECONOZCO EL CONSENTIMIENTO ANTERIOR Y EL RECIBO DE LA NOTIFICACIÓN DE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DENTAL DE ESTE

**Si, yo quiero que mi niño participe. Firma:**

**Fecha:**

Los servicios ofrecidos no reemplazan un chequeo completo dental por un dentista con licencia