



A DENTAL PROGRAM IS COMING **TO YOUR CHILD'S SCHOOL!**

Your child will receive:

- Dental exam
 - Education on how to properly brush his/her teeth
 - Dental cleaning (when appropriate)
 - Dental sealants (if needed)
 - Fluoride treatment
 - Toothbrush, toothpaste, flossers, timer, & book about tooth care
 - Referrals for follow-up care (if needed)
- A Florida Department of Health **licensed dental hygienist** will provide these preventive dental services.
 - Your child **will not** be given any shots, medicine, x-rays, or fillings.
 - After your child has been seen, a letter will be mailed to your home explaining the services your child received and the follow-up care needed.
 - If the Department of Health saw your child last year, you will need to fill out new permission forms for your child to be seen again.
 - You will not receive a bill. **This program is FREE to you.** If your child is covered by Medicaid, the dental services we provide will be billed to Medicaid. Any services not covered by Medicaid are at no cost to you.

For your child to receive these services you need to:

- **Fill out both forms in pen**
- **Complete every question on the forms**
- **Sign and date both forms in the yellow highlighted areas**
- **Return both forms to child's teacher**
 - 1. Permission Form**
 - 2. Initiation of Services Form – (Sign Part V)**

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

**If you have questions about this program,
please call 954-467-4700 x 5976**



¡UN PROGRAMA DENTAL ESTÁ LLEGANDO A LA ESCUELA DE SU HIJO/HIJA!

Su niño (a) va a recibir:

- Examen dental
 - Educación en como cepillar correctamente sus dientes
 - Limpieza dental (cuando apropiado)
 - Celante dental (si es necesario)
 - Tratamiento con flúor
 - Cepillos dentales, pasta de dientes, hilo dental, reloj de arena y libro sobre cuidado dental
 - Si es necesario, se le remitirá a otros médicos para el seguimiento de su cuidado dental
- Un **higienista dental con licencia** del Departamento de Salud de la Florida va a proveer esos servicios preventivos.
 - A su hijo (a) no se le pondrá ninguna inyección, no se le darán medicamentos, no se le harán Rayos X y no se le pondrán rellenos en sus dientes.
 - Después de atender a su hijo (a), se le enviará una carta informándole sobre los servicios que recibió y la atención de seguimiento necesaria.
 - Si el Departamento de Salud atendió a su hijo (a) el año pasado, es necesario que usted llene un nuevo formulario de autorización para que su hijo (a) pueda ser atendido nuevamente.
 - Usted no recibirá cuenta para pagar. **Este es un PROGRAMA gratis para usted.** Si su hijo (a) está cubierto por Medicaid, los servicios dentales que ha recibido serán cobrados a Medicaid. Cualquier servicio no cubierto por Medicaid será ofrecido sin costo a usted.

Para que su niño (a) reciba estos servicios usted necesita:

- **Llenar los dos formularios en bolígrafo**
- **Completar cada pregunta de los formularios**
- **Firmar y poner la fecha en ambos formularios marcados con amarillo**
- **Devuelva ambos formularios a el profesor**
 1. **Formulario de autorizacion**
 2. **Formulario de inicio de servicios – (Firmar Parte V)**

**** Este programa no se debe considerar como el reemplazo de un examen dental completo por parte de un dentista. ****

**Si tiene cualquier pregunta sobre este programa,
por favor llamar a 954-467-4700 x 5976**



Information brought to you by the
ADA American Dental Association®



Natural Tooth



Sealed Tooth

Sealants

Brushing and flossing are the best ways to help prevent cavities, but it's not always easy to clean every nook and cranny of your teeth – especially those back teeth you use to chew (called molars). Molars are rough, uneven and a favorite place for leftover food and cavity-causing bacteria to hide.

Still, there's another safety net to help keep those teeth clean. It's called a sealant, and it is a thin, protective coating (made from plastic or other dental materials) that adheres to the chewing surface of your back teeth. They're no substitute for brushing and flossing, but they can keep cavities from forming and may even stop early stages of decay from becoming a full-blown cavity. In fact, sealants have been shown to reduce the risk of decay by nearly 80% in molars.

How Do Sealants Work? Think of them as raincoats for your teeth. When the cavity-causing bacteria that live in everyone's mouth meet leftover food particles, they produce acids that can create holes in teeth. These holes are cavities. After sealant has been applied it keeps those bits of food out and stops bacteria and acid from settling on your teeth—just like a raincoat keeps you clean and dry during a storm.

Who Can Get Sealants? Children and adults can benefit from sealants, but the earlier you get them, the better. Your first molars appear around age 6, and second molars break through around age 12. Sealing these teeth as soon as they come through can keep them cavity-free from the start, which helps save time and money in the long run. Ask your dentist if sealants are a good option for you and your family.

How Are Sealants Applied? It's a quick and painless process. A dentist or licensed hygienist will clean and dry your teeth before placing an acidic gel on your teeth. This gel roughs up your tooth surface so a strong bond will form between your teeth and the sealant. After a few seconds, the gel is rinsed off and your teeth is dried once again before applying the sealant onto the grooves of your teeth. A special blue light to harden the sealant is used.

Can Sealants Be Placed Over Cavities? Sealants can be used over areas of early decay to prevent further damage to your tooth. Because some sealants are clear, your dentist can keep an eye on the tooth to make sure the sealant is doing its job.

Are There Any Side Effects? With the exception of an allergy that may exist, there are no known side effects from sealants.

Is There BPA In Sealants? Yes, there is a tiny amount of BPA in sealants but not enough to cause you or a loved one any harm. In fact, you get more exposure to BPA by simply touching a receipt, using cosmetics or coming in contact with dust.

How Long Do Sealants Last? Sealants will often last for several years before they need to be reapplied. During your regular dental visit, your dentist will check the condition of the sealant and can reapply them as needed.

More information: <http://www.mouthhealthy.org/en/az-topics/s/sealants/>



Information brought to you by the
ADA American Dental Association®



Natural Tooth



Sealed Tooth

Selladores: Protección Extra Contra la Caries

Cepillarse los dientes y usar seda dental es la mejor manera de prevenir la caries, pero no es siempre fácil limpiar entre cada hueco y rincón de tus dientes, especialmente los grandes de atrás que usas para masticar (llamados molares). Los molares son ásperos e irregulares, y el lugar favorito de los restos de comida y las bacterias causantes de la caries para esconderse.

Pero existe otra red de seguridad que ayuda a mantener tus molares limpios. Se llama un sellador, y es una fina capa protectora (hecha de plástico u otro material dental) que se adhiere a la superficie masticadora de tus dientes posteriores. No es un sustituto del cepillo y la seda dental, pero puede ayudar a prevenir que se formen caries e incluso parar los estados tempranos de deterioro dental antes de que se conviertan en caries de estado avanzado.

¿Cómo funcionan los selladores? Piensa en ellos como chubasqueros para los dientes. Cuando las bacterias causantes de la caries que viven en la boca de todo el mundo se juntan con partículas sobrantes de comida, se producen ácidos que crean agujeros en tus dientes. Estos agujeros son caries. Un sellador mantiene esos trocitos de comida fuera e impide que las bacterias y el ácido se instalen en tus dientes, igual que un chubasquero te mantiene limpio y seco durante una tormenta.

¿Quién puede beneficiarse de los selladores? Niños y adultos pueden beneficiarse de los selladores, pero cuanto antes te los pongan, mejor. Tus primeros molares aparecen sobre los 6 años, y los segundos molares salen más o menos a los 12. Sellar estas muelas tan pronto como salgan puede mantenerlas libres de caries desde el principio, lo que ayudará a ahorrar tiempo y dinero a largo plazo. Pregunta a tu dentista si los selladores son una buena opción para ti y para tu familia.

¿Cómo se aplican los selladores? Es un proceso rápido y sin dolor. Tu dentista o higienista con licencia limpiará y secará tus dientes antes de colocar un gel ácido sobre ellos. Este gel endurece la superficie de tus dientes para que se forme un fuerte pegamento entre tus dientes y el sellador. Después de unos segundos, el gel sera enjuagado y tus dientes seran secados una vez más antes de aplicar el sellador dentro de las ranuras de tus dientes. Después una luz especial de color azul que endurecerá el sellador sera utilizada.

¿Pueden colocarse selladores sobre las caries? Los selladores pueden usarse sobre zonas de deterioro en estado temprano para prevenir que tu diente sufra más daño. Ya que algunos selladores son transparentes, tu dentista puede vigilar el diente y asegurarse de que el sellador está cumpliendo su función.

¿Tienen algún efecto secundario? Con la excepción de alguna alergia que pueda existir, los selladores no tienen ningún efecto secundario conocido.

¿Contienen BPA? Sí, hay una cantidad minúscula de BPA (Bisfenol A) en los selladores que no es suficiente para causar daño alguno, ni a ti, ni a un ser querido. De hecho, estás más expuesto al BPA simplemente tocando un recibo, utilizando cosméticos o al entrar en contacto con polvo.

¿Cuánto tiempo duran los selladores? Los selladores a menudo duran varios años antes de necesitar ser reaplicados. Durante las revisiones, tu dentista chequeará en qué condiciones está el sellador y puede reaplicarlo cuando sea necesario.

Más información: <http://www.mouthhealthy.org/es-MX/az-topics/s/sealants/>

Return this form to your child's school!



PERMISSION FORM

FLORIDA DEPARTMENT OF HEALTH IN BROWARD COUNTY
DENTAL SEALANT PROGRAM

(School)

(Teacher)

Please complete ALL sections of this form in INK

Child's Name _____ **Date of Birth** _____ **Sex** M F
LAST First Middle mm/dd/yyyy

Street Address _____ **City:** _____ **Zip Code** _____

Race White Black/African American American Native/Alaskan Native Asian Indian Asian Other
 Chinese Filipino Guamanian/Charmorro Hawaiian Native Japanese Korean Samoan
 Pacific Islander-Other Vietnamese Multi-Racial (Select more than one)

Ethnicity Hispanic Non-Hispanic **Primary Language** _____

Child's Dental Insurance:

Medicaid? Yes No Other Insurance Yes No

Child Dental Insurance Plan Name: _____ Dental Insurance ID # _____

Child's Health History:

Yes No **Has your child received any dental service within the last year?**
If yes, Dentist's Name: _____ Phone #: _____

Yes No **Does your child have any serious medical conditions?**
If yes, please list: _____

Yes No **Is your child allergic to anything?** List: _____

Yes No **Is your child taking any medications?** List all medications: _____

Yes No **Has your child ever been seen in a Hospital Emergency Room for a dental problem?**

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

Parent or Legal Guardian Information

Mother or Father's Name: _____

Telephone: Home _____ Cell _____ Work _____

or Legal Guardian Name _____

Telephone: Home _____ Cell _____ Work _____

This preventive oral health program will be provided at your child's school. Your child may also be examined next year as part of our monitoring program. New sealants will be applied, if needed, at no charge to parent or legal guardian. If you have any questions, please contact our office at 954-467-4700 x 5180.

By signing this form I give permission for my child to participate in this dental program.

Parent/Legal Guardian Name: (Please Print) _____

Signature: _____

Date _____



Devuelva este formulario a la escuela de su niño!



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

PROGRAMA DE SELLADORES DENTALES DEL DEPARTAMENTO DE
SALUD DE FLORIDA EN EL CONDADO DE BROWARD

(Escuela)

(Maestro/Maestra)

Llene con **BOLÍGRAFO** TODAS las secciones de este formulario

Nombre del menor _____ **Fecha de nacimiento** _____
Apellido Nombre Segundo Nombre dd/mm/aaaa
Sexo M F

Dirección _____ **Ciudad:** _____ **Código postal** _____

Raza Blanca Negra/afroamericana Nativo norteamericano/Nativo de Alaska Indígena asiático
 Asiática Otra China Filipina Guameña/Chamorra Nativo de Hawái Japonesa Coreana
 Samoana De las islas del Pacífico-Otra Vietnamita Multirracial (Elija más de una)

Origen étnico Hispano No hispano **Idioma Principal** _____

Seguro dental para menores:

¿Cubierto bajo Medicaid? Sí No Otro seguro Sí No

Nombre del Seguro Dental del niño _____

& Numero de Identificación del Seguro Dental del niño: _____

Antecedentes médicos del menor:

Sí No ¿El menor ha recibido atención dental durante el último año?
Si su respuesta es sí, Nombre del dentista: _____ Núm. de teléfono: _____

Sí No ¿El menor tiene algún estado médico grave?
Si su respuesta es sí, enumere: _____

Sí No ¿El menor es alérgico a algún medicamento, comida o producto?
Enumere: _____

Sí No ¿El menor toma algún medicamento actualmente? Enumere todos los medicamentos: _____

Sí No ¿El menor ha tenido que ser trasladado alguna vez a la sala de emergencias de algún hospital debido a algún problema dental?

Sí No ¿Hay alguna otra información relevante que debamos saber sobre el menor?
Si su respuesta es sí, explique: _____

Información de los padres o del tutor legal

Nombre del Padre o de la madre: _____

Núm. de Teléfono: Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

o Nombre del tutor legal _____

Núm. de Teléfono: Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Este programa de salud oral preventiva se llevará a cabo en la escuela del menor. Es posible que el menor también sea examinado el próximo año como parte de nuestro programa de monitoreo. De ser necesario, se le pondrían nuevos selladores dentales sin costo para los padres o el tutor legal.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese a nuestra oficina al: 954-467-4700 ext. 5180.

Al firmar este formulario doy la autorización para que el menor participe en este programa dental.

Nombre de los padres/tutor legal: (Escriba el nombre) _____

Firma: _____ **Fecha** _____

Return this form to your child's school!



INITIATION OF SERVICES

PART I CLIENT-PROVIDER RELATIONSHIP CONSENT

Client Name: _____

Name of Agency: Florida Department of Health in Broward County

Agency Address: 780 SW 24TH Street, Fort Lauderdale, FL 33315-2643

I consent to entering into a client-provider relationship. I authorize Department of Health staff and their representatives to render routine health care. I understand routine health care is confidential and voluntary and may involve medical office visits including obtaining medical history, examination, administration of medication, laboratory tests and/or minor procedures. I may discontinue the relationship at any time.

PART II DISCLOSURE OF INFORMATION CONSENT (treatment, payment or healthcare operations purposes only)

I consent to the use and disclosure of my medical information; including medical, dental, HIV/AIDS, STD, TB, substance abuse prevention, psychiatric/psychological, and case management; for treatment, payment and health care operations.

PART III MEDICARE PATIENT CERTIFICATION, AUTHORIZATION TO RELEASE, AND PAYMENT REQUEST (Only applies to Medicare Clients)

As Client/Representative signed below, I certify that the information given by me in applying for payment under Title XVIII of the Social Security Act is correct. I authorize the above agency to release my medical information to the Social Security Administration or its intermediaries/carriers for this or a related Medicare claim. I request that payment of authorized benefits be made on my behalf. I assign the benefits payable for physician's services to the above named agency and authorize it to submit a claim to Medicare for payment.

PART IV ASSIGNMENT OF BENEFITS (Only applies to Third Party Payers)

As Client /Representative signed below, I assign to the above named agency all benefits provided under any health care plan or medical expense policy. The amount of such benefits shall not exceed the medical charges set forth by the approved fee schedule. All payments under this paragraph are to be made to above agency. I am personally responsible for charges not covered by this assignment.

PART V MY SIGNATURE BELOW VERIFIES THE ABOVE INFORMATION AND RECEIPT OF THE NOTICE OF PRIVACY RIGHTS

X _____ X _____ X _____
Client/Representative Signature Date Relationship to Client

Witness (optional)

Date

PART VI WITHDRAWAL OF CONSENT

I, _____ WITHDRAW THIS CONSENT, effective _____ Client/Representative
Signature Date

Witness (optional)

Date

Client Name: _____

ID#: _____

DOB: _____

Devuelva este formulario a la escuela de su niño!



FORMULARIO DE INICIO DE RELACIONES

PARTE I CONSENTIMIENTO PARA EL INICIO DE LA RELACIÓN ENTRE CLIENTE Y PROVEEDOR

Nombre del cliente: _____

Nombre de la Agencia: Departamento de Salud de Florida en el Condado de Broward

Dirección de la Agencia: 780 SW 24TH Street, Fort Lauderdale, FL 33315-2643

Doy mi consentimiento para que la relación entre cliente y proveedor entre en vigencia. Autorizo al personal del Departamento de Salud y a sus representantes para llevar a cabo la atención médica de rutina referida en este formulario. Entiendo que la atención médica de rutina es confidencial y voluntaria. La misma puede implicar visitas a clínicas médicas para las que puede ser necesario la obtención de mi historial médico, la práctica de exámenes médicos, la administración de medicamentos, pruebas de laboratorio y/o procedimientos menores. Puedo terminar, en cualquier momento, con la relación aquí establecida.

PARTE II CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE LA INFORMACIÓN (solo para propósitos de tratamiento, pago u operaciones de atención médica)

Para propósitos del tratamiento, pago u operaciones de atención médica, doy mi consentimiento para que se use y divulgue mi información médica; incluyendo información sobre prevención médica, dental, de VIH/SIDA, de Enfermedades de Transmisión Sexual (STD, en inglés), de Tuberculosis (TB), abuso de sustancias controladas, información psiquiátrica y psicológica y manejo clínico de casos.

PARTE III CERTIFICACIÓN DEL PACIENTE DE MEDICARE, AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y SOLICITUD DE PAGO (Aplica solo para clientes de Medicare)

Yo, el Cliente/Representante que firma abajo, certifico que la información que proporcioné en la solicitud de pago en conformidad con el Título XVIII de la Ley de Seguridad Social (Social Security Act) es correcta. Autorizo a la agencia arriba indicada a que entregue mi información médica a la Administración del Seguro Social (Social Security Administration) o sus intermediarios o compañías aseguradoras para este o cualquier otro reclamo relacionado con Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por servicios médicos a la agencia arriba mencionada y la autorizo a presentar el reclamo ante Medicare para el pago correspondiente.

PARTE IV ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS (Aplica únicamente para pagadores ajenos)

Yo, el Cliente/Representante que firma abajo, cedo a la agencia mencionada arriba todos los beneficios incluidos en cualquier plan de atención médica o póliza de gastos médicos. El monto de tales beneficios no debe exceder los cargos médicos detallados en la lista de tarifas aprobadas. Todos los pagos cubiertos en este párrafo deben realizarse a la agencia arriba indicada. Entiendo que soy personalmente responsable de los gastos que no cubra esta asignación.

PARTE V CON MI FIRMA (ABAJO) CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES CIERTA Y CONFIRMO LA RECEPCIÓN DEL AVISO DE LOS DERECHOS DE PRIVACIDAD

X _____ X _____ X _____
Firma del Cliente o su Representante Fecha Indicar la Relación del representante con el cliente

Testigo (opcional)

Fecha

PARTE VI RETIRO DEL CONSENTIMIENTO

Yo, _____ RETIRO ESTE CONSENTIMIENTO, vigente el _____
Firma del Cliente/Representante Fecha

Testigo (opcional)

Fecha

Nombre del Cliente: _____

Número de identificación: _____

Fecha de nacimiento: _____