



# Consent Form for Treatment

## Florida Department of Health

### School-Based Sealant Program

County: \_\_\_\_\_  
School: \_\_\_\_\_  
Grade: \_\_\_\_\_  
Teacher: \_\_\_\_\_

Your child will receive an assessment/screening by a licensed dental hygienist, along with appropriate treatment that may include a dental cleaning, sealants, fluoride varnish, and oral hygiene instructions. Services will be provided at your child's school.

#### CHILD INFORMATION

**First Name:** \_\_\_\_\_ **Last Name:** \_\_\_\_\_  
**Date of Birth:** \_\_\_\_\_ **Sex:** ☐ Male ☐ Female  
**Address:** \_\_\_\_\_  
**City:** \_\_\_\_\_ **State:** \_\_\_\_\_ **Zip Code:** \_\_\_\_\_  
**Race/Ethnicity:** ☐ White ☐ Black ☐ Hispanic ☐ Non-Hispanic ☐ Asian  
☐ American Indian/Alaska Native ☐ Hawaiian Native ☐ Pacific Islander ☐ Other  
**Name of Parent/Guardian:** \_\_\_\_\_ **Phone Number:** \_\_\_\_\_

#### HEALTH INSURANCE INFORMATION

**Insurance Type:** ☐ Private Provider ☐ Florida Healthy Kids ☐ Medicaid ☐ None  
**Insurance Provider:** \_\_\_\_\_ **Policy Number:** \_\_\_\_\_

#### CHILD'S HEALTH INFORMATION

☐ Yes ☐ No **Has your child received a dental checkup or dental care within the last year?**  
If yes, provide dental provider name: \_\_\_\_\_  
☐ Yes ☐ No **Has your child been seriously ill?**  
If yes, please list all serious illnesses: \_\_\_\_\_  
☐ Yes ☐ No **Does your child have any allergies?**  
If yes, please list all known allergies: \_\_\_\_\_  
☐ Yes ☐ No **Is your child currently taking any medications?**  
If yes, please list all medications: \_\_\_\_\_  
Reasons for medication(s): \_\_\_\_\_  
☐ Yes ☐ No **Is there anything else we should know about your child?**  
If yes, please explain: \_\_\_\_\_

#### PARENT/GUARDIAN CONSENT

To protect patient privacy, information about a child's treatment can only be released to parents or legal guardians. I, \_\_\_\_\_, do hereby give consent to the Florida Department of Health to use or disclose protected health information for treatment or insurance/Medicaid payment, for treatment purposes, or for health care operations. I agree if my child has urgent dental needs, his/her health information can be shared with school health clinic staff. By signing this form, I confirm my review of the Notice of Privacy Practices and give permission for my child to participate in this program.

\_\_\_\_\_  
**Name of Parent/Guardian**

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

*Anyone who is not a biological parent and is giving consent for treatment must present legal proof of guardianship.*

The Notice of Privacy Practices is available online at [FloridaHealth.gov/Privacy](http://FloridaHealth.gov/Privacy). Paper copies are available by request.



**Florida Department of Health  
in Hardee County**  
**115 K.D Revell Road Wauchula, Florida  
33873**

**863-773-4161**  
**Hardee.FloridaHealth.gov**

## Information for Parents/Guardians

### School-Based Sealant Program

The Florida Department of Health's School-Based Sealant Program staff will be visiting your child's school and providing dental services to children, based on parental/guardian approval.

No fees for treatment services will be charged to the parent or guardian. Insurance may be billed, based on coverage.

This program is supervised by Dr. Vanessa Cintron, license number DN17368. If you have questions, please call our office at 863-773-4161.

### Available Dental Health Care Services

**Your child will receive an in-person screening/assessment by a licensed dental hygienist.** Your child will NOT receive shots, X-rays, or fillings.

Along with the screening/assessment, your child may receive:

- Dental cleaning
- Topical fluoride application
- Dental sealant(s)  
*(A thin coating applied on healthy back teeth to help prevent cavities)*
- Toothbrush and toothpaste for use at home
- Tips on brushing and flossing properly
- Nutrition information to promote good oral health

### Results from Screening/Assessment

**After seeing your child, we will send a letter home with your child and call you if your child has urgent conditions. The letter includes what services were provided to your child and any additional dental health care treatment that may still be needed.**

- The diagnosis of tooth decay or cavities, soft tissue disease, oral cancer, temporomandibular joint disease (TMJ), and dentofacial malocclusions can only be completed by a dentist during a comprehensive examination that require X-rays.

### How to Receive Services

**If you would like your child to receive these services, please complete the consent form and return it to your child's teacher.**

**Caring for your child's teeth early prevents issues like cavities, tooth decay, and gum irritation, setting the foundation for a lifetime of good health. Focusing on oral health and building healthy habits helps children grow into healthy adults!**





# Formulario de consentimiento para el tratamiento médico

Departamento de Salud Pública de Florida  
Programa escolar de sellado dental

Condado: \_\_\_\_\_  
Escuela: \_\_\_\_\_  
Grado: \_\_\_\_\_  
Maestro: \_\_\_\_\_

Su hijo recibirá una evaluación/revisión por parte de un higienista dental titulado, junto con 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 debamos 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.



**Departamento de Salud Pública de Florida  
en el condado de Hardee County**  
115 K.D. Revell Road Wauchula, Florida  
33873

863-773-4161  
Hardee.FloridaHealth.gov

## 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 Dr. Vanessa Cintron, número de licencia DN17368. Si tiene alguna pregunta, llame a nuestra oficina al 863-773-4161.

### Servicios de atención médica dental disponibles

**Su hijo recibirá una evaluación/revisión dental en persona realizada por un higienista dental titulado.**

Su hijo NO recibirá vacunas, radiografías ni empastes.

Junto con la evaluación/revisión, 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

### Resultados de la evaluación/revisión

**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!**





# Fòm Konsantman pou Tretman

## Depatman Sante Florida

### Pwogram Selan Dantè nan Lekòl

Konte: \_\_\_\_\_  
Lekòl: \_\_\_\_\_  
Klas: \_\_\_\_\_  
Pwofesè: \_\_\_\_\_

Pitit ou a ap resevwa yon evalyasyon/depistaj nan men yon ijyenis dantè ki gen lisans, ansanm ak tretman apwopriye ki ka gen ladan yon netwayaj dantè, aplikasyon selan, vèni fliyò, ak enstriksyon sou ijyèn oral. Y ap bay sèvis yo nan lekòl pitit ou a.

#### ENFÒMASYON SOU TIMOUN NAN

**Prenon:** \_\_\_\_\_ **Siyati:** \_\_\_\_\_  
**Dat Nesans:** \_\_\_\_\_ **Sèks:** ☐ Gason ☐ Fi  
**Adrès:** \_\_\_\_\_  
**Vil:** \_\_\_\_\_ **Eta:** \_\_\_\_\_ **Kòd Postal:** \_\_\_\_\_  
**Ras/** ☐ Blan ☐ Nwa ☐ Ispanik ☐ Non-Ispanik ☐ Azyatik  
☐ Endyen Ameriken/Moun Alaska Natif Natal ☐ Natif Awayen  
**Etnisite:** ☐ Abitan Zile Pasifik ☐ Lòt  
**Non Paran/Responsab Legal:** \_\_\_\_\_ **Nimewo Telefòn:** \_\_\_\_\_

#### ENFÒMASYON SOU ASIRANS SANTE

**Tip Asirans:** ☐ Founisè Prive ☐ Florida Healthy Kids ☐ Medicaid ☐ Nanpwen  
**Founisè Asirans:** \_\_\_\_\_ **Nimewo Kontra:** \_\_\_\_\_

#### ENFÒMASYON SOU SANTE TIMOUN NAN

☐ Wi ☐ Non **Èske pitit ou a te fè yon egzamen dantè oswa te resevwa swen dantè pandan ane ki sot pase a?**  
Si wi, bay non founisè dantè a: \_\_\_\_\_  
☐ Wi ☐ Non **Èske pitit ou a te malad grav?**  
Si wi, tanpri endike tout maladi grav yo: \_\_\_\_\_  
☐ Wi ☐ Non **Èske pitit ou a gen alèji?**  
Si wi, tanpri endike tout alèji ou konnen yo: \_\_\_\_\_  
☐ Wi ☐ Non **Èske pitit ou a ap pran medikaman aktyèlman?**  
Si wi, tanpri endike tout medikaman yo: \_\_\_\_\_  
Rezon ki fè l ap pran medikaman yo: \_\_\_\_\_  
☐ Wi ☐ Non **Èske gen lòt bagay nou ta dwe konnen sou pitit ou a?**  
Si wi, tanpri esplike: \_\_\_\_\_

#### KONSANTMAN PARAN/RESPONSAB LEGAL

Pou pwoteje konfidansyalite pasyan yo, se sèlman avèk paran oswa responsab legal yo nou ka divilge enfòmasyon ki gen rapò avèk tretman yon timoun. Mwen menm, \_\_\_\_\_, mwen bay Depatman Sante Florida konsantman mwen pou itilize oswa divilge enfòmasyon sante pwoteje pou tretman oswa peman asirans/Medicaid, pou rezon tretman, oswa pou operasyon swen sante. Mwen dakò si pitit mwen an gen bezwen dantè ijan, yo ka pataje enfòmasyon sante li avèk pèsònèl klinik sante lekòl la. Lè mwen siyen fòm sa a, Mwen konfime mwen li Avi sou Pratik Konfidansyalite a epi mwen bay pèmasyon pou pitit mwen an patisipe nan pwogram sa a.

**Non Paran/Responsab Legal**

**Siyati**

**Dat**

*Nenpòt moun ki pa yon paran byolojik epi ki bay konsantman pou tretman dwe prezante prèv legal li gen gad legal timoun nan.*

Avi sou Pratik Konfidansyalite a disponib anliy sou [FloridaHealth.gov/Privacy](https://www.floridahealth.gov/Privacy). Kopi papye yo disponib sou demann.



Depatman Sante Florida  
nan Konte in Hardee County 115 K.D  
Revell Road Wauchula, Florida 33873

863-773-4161  
County.FloridaHealth.gov

## Enfòmasyon pou Paran/Responsab Legal

### Pwogram Selan Dantè nan Lekòl

Pèsonèl Pwogram Selan Dantè nan Lekòl Depatman Sante Florida a ap vizite lekòl pitit ou a pou bay timoun yo sèvis dantè, depi paran/responsab legal yo apwouve.

Yo p ap chaje paran oswa responsab legal yo okenn frè pou sèvis tretman yo. Yo ka fè w peye asirans, selon kouvèti a.

Se Dr. Vanessa Cintron, nimewo lisans DN 17368, ki sipèvize pwogram sa a. Si ou gen kesyon, tanpri rele biwo nou an nan 863-773-4161.

### Sèvis Swen Sante Dantè Disponib

**Pitit ou a ap resevwa yon depistaj/evalyasyon an pèsòn nan men yon ijyenis dantè ki gen lisans.** Pitit ou a P AP resevwa ni piki, ni radyografi, ni plonbaj.

Anplis depistaj/evalyasyon an, pitit ou a ka resevwa:

- Netwayaj dantè
- Aplikasyon fliyò topikal
- Selan dantè  
(Yon kouch mens ki aplike sou dan dèye ki an sante yo pou ede anpeche kari)
- Bwòs dan ak pat pou itilize lakay
- Konsèy pou bwosaj ak itilizasyon fil dantè kòrèkteman
- Enfòmasyon nitrisyonèl pou ankouraje bon sante oral

### Rezilta Depistaj/Evalyasyon

Après nou fin konsilte pitit ou a, n ap voye yon lèt lakay ou avèk pitit la epi n ap rele w si pitit ou a gen yon pwoblèm ijan. Lèt la ap dekri sèvis yo bay pitit ou a ansanm ak nenpòt lòt tretman swen sante dantè ki ka toujou nesese.

- Se sèlman yon dantis ki ka fè dyagnostik kari, maladi tisi mou, kansè nan bouch, maladi jwenti tanpomandibilè (Temporomandibular Joint, TMJ) ak maloklizon danto-fasyal pandan yon egzamen konplè ki nesese radyografi.

### Fason pou Resevwa Sèvis

Si ou ta renmen pitit ou a resevwa sèvis sa yo, tanpri ranpli fòm konsantman an epi retounen li bay pwofesè pitit ou a.

Pran swen dan pitit ou depi byen bonè ede anpeche pwoblèm tankou kari, degradasyon dan ak iritasyon jansiv, sa ki poze fondasyon pou yon bon sante pandan tout lavi. Konsantre sou sante oral ak devlope bon abitud ede timoun yo vin granmoun ki an sante!

