

La escuela de su hijo(a) ha seleccionado participar en el Programa de Selladores Dentales. El Programa de Selladores Dentales proporciona exámenes dentales GRATUITOS, tratamiento con fluoruro y colocación de sellador dental en la parte posterior de los dientes elegibles de los estudiantes de **segundo grado**.

Este programa se proporcionará en la escuela de su hijo. Si desea que su hijo participe en este programa, **por favor complete el FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO en el reverso y devuélvalo a la escuela de su hijo(a)**.

A continuación, se presentan algunas preguntas frecuentes sobre los selladores dentales.

SAMI EL SUPERDIENTE



P: ¿Qué son los selladores?

R: Los selladores dentales son recubrimientos plásticos delgados que se colocan en las superficies de los dientes posteriores. Los selladores se pintan en la parte superior de los dientes posteriores y se endurecen para formar un escudo sobre el diente.

P: ¿Me duele tener selladores puestos?

R: No, colocar los selladores no es doloroso. No se necesitan perforaciones. Los selladores solo tardan unos cinco minutos en colocarse por diente. Justo después de que se sequen, las actividades normales están bien.

P: ¿Cuánto tiempo durarán los selladores?

R: Los selladores pueden durar hasta diez años o más si se hacen bien y los dientes se cuidan adecuadamente después de colocarlos.

P: ¿Cómo los selladores dentales previenen las caries?

R: Los selladores dentales llenan las fosas y surcos de los dientes. Los dientes son más fáciles de mantener limpios porque la comida es más fácil de cepillar con su cepillo de dientes.

P: ¿Sigue siendo importante el cepillado cuando los dientes tienen sellador?

R: Sí, cepíllese y use hilo dental todos los días. Usted todavía tiene que trabajar para mantener sus dientes y encías limpios y saludables.

Los servicios ofrecidos no sustituyen un examen dental comprensivo hecho por un dentista > Diagnosticar carias, enfermedades del tejido blando, cáncer oral, enfermedades de las articulaciones temporomandibulares (TMJ) y maloclusiones dentolabiales será proporcionado solo por un dentista en el contexto de darle un examen dental comprensivo.

Proceso de Sellado

1. Un higienista dental registrado en Florida evaluará los dientes de su hijo(a)
2. Sellaremos los primeros molares que cumplan los criterios
3. Se le enviará un informe a casa después de la visita al dentista
4. Su hijo(a) no tendrá que faltar a la escuela



ESCUELA: _____

MAESTRO: _____

GRADO: _____

Estimado Padre/Tutor:

Central Florida Health Care, proporcionará selladores dentales en la escuela de su hijo SIN COSTO para los padres. Los selladores dentales ayudan a prevenir las caries en los dientes posteriores permanentes. Los proveedores dentales examinarán los dientes de su hijo y decidirán qué dientes se pueden sellar. No se tomarán radiografías. Esos dientes se recubrirán con un sellador de plástico y se administrará un tratamiento con fluoruro. Los selladores son seguros, no duelen y son fáciles de aplicar. Volveremos en un año para verificar que todos los selladores estén en su lugar y aplicar barniz de fluoruro. Si el tiempo lo permite, repararemos o reemplazaremos cualquier sellador que se haya roto o caído. Los selladores están aprobados y recomendados por la Asociación Dental Americana. Si desea información adicional o tiene alguna pregunta, envíenos un correo electrónico a dentalmobile@cfhconline.org.

_____ **SÍ**— Mi hijo(a) tiene permiso para participar en el programa de los selladores._____ **NO** — Mi hijo(a) NO tiene permiso para participar en el programa de los selladores.

NOMBRE DEL NIÑO: _____ EDAD: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ [] NIÑO [] NIÑA

DIRECCIÓN: _____

Por favor, conteste a las siguientes preguntas:1. ¿Está su hijo(a) actualmente bajo el cuidado de un médico? **SÍ NNO**2. ¿Su hijo(a) está tomando algún medicamento actualmente? **SÍ NNO**

En caso afirmativo, indique: _____

3. ¿Ha tenido su hijo alguna vez una reacción alérgica? **SÍ NO**

Sírvase explicar una respuesta Sí: _____

4. ¿Tiene su hijo un dentista? **SÍ NO**

Si la respuesta es Sí, nombre del dentista: _____

5. La última visita al dentista de mi hijo se realizó dentro de los últimos:

_____ 6 Meses _____ 12 Meses _____ 3 Años _____ 5 Años _____ Nunca he visto a un Dentista

Todos los niños pueden participar en este programa, ya sea que tengan seguro dental o no.**Le facturaremos al seguro de Medicaid, pero NO se le exigirá ningún PAGO.****Para ayudarnos a brindar un mejor servicio a aquellos que necesitan de los servicios, proporcione la siguiente información:**

6. ¿Cómo paga la atención dental de su hijo? Por favor marque todos los que apliquen.

[] Yo [] Medicaid (DentaQuest, Liberty, MCNA Dental) [] Florida KidCare [] Seguro Dental Privado

7. Medicaid o Florida KidCare # _____

8. Seleccione TODOS los que se aplican a su hijo:

[] Blanco [] Negro/Afroamericano [] Hispano [] Asiático / Isleño del Pacífico [] Nativo Americano [] Otro

Con mi firma, doy permiso para que mi hijo reciba los tratamientos descritos anteriormente.

Firma: _____ Fecha: _____ Número de teléfono: _____

Si tiene preguntas, por favor contacte a:

1st: Raquel S. Tejada CRDH - SBSP Coordinator for Central Florida Health Care**C: 863-632-0127 E: rtejada@cfhconline.org****2nd: Karen McKenzie, DMD – Chief Dental Officer for Central Florida Health Care****C: 863-449-0902 E: kmckenzie@cfhconline.org**