

**Misión:**  
Proteger, promover y mejorar la salud de todas las personas en Florida a través del esfuerzo integrado del estado, el condado y la comunidad.



**Rick Scott**  
Governador

**John H. Armstrong, MD, FACS**  
Cirujano General del Estado y Secretario

Nombre del maestro(a) \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

**Estimado padre/madre/encargado:**

El personal del Departamento de Salud de Florida en el Condado de Pasco pronto hará una visita a la escuela de su niño(a) en un esfuerzo junto al Distrito Escolar del Condado de Pasco para proveer servicios dentales a los estudiantes. Los servicios estarán disponibles en la escuela \_\_\_\_\_ para el grado \_\_\_\_\_ en forma GRATIS para los padres/encargados.

Se requiere que la hoja de permiso esté firmada por uno de los padres/encargado para que el niño pueda participar. No es necesario que los padres estén presentes al momento de proveerse los servicios. En caso que sean necesarios servicios adicionales, se le enviará una carta al hogar con el niño.

**FAVOR DE DEVOLVER ESTE FORMULARIO A LA MAESTRA DE SU NIÑO INMEDIATAMENTE (USAR LETRA DE MOLDE)**

Estudiantes en kindergarten y primer grado recibirán un examen dental, limpieza, y barniz de fluoruro. Estudiantes en el segundo grado recibirán examen dental, sellos y barniz de fluoruro sólo si es necesario. Mi firma abajo indica que doy mi consentimiento para que mi niño reciba los servicios antes mencionados y también sirve como mi consentimiento a las secciones marcadas como "Iniciación de Servicios" del Departamento de Salud de Florida, página 2 de este documento, y el "Acuerdo a No Perjudicar, Indemnizar y Eximir de Responsabilidad" del Distrito Escolar del Condado de Pasco, página 2 de este documento.

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino Grado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Seleccione los que apliquen:  Blanco  Negro/Afroamericano  Asiático  Indio/Nativo Americano  Hispano  Otro

Mi niño tiene un dentista:  Sí - Nombre del dentista: \_\_\_\_\_  No

Nombre del padre/madre/encargado: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Código postal

**HISTORIAL MÉDICO DEL NIÑO**

Favor de **marcar SÍ o NO** en cada una de las siguientes declaraciones sobre la salud de su niño. (Marque todas las que sean correctas)  
**SÍ NO**

- Tiene un historial de fiebre reumática , soplo cardiaco , asma  - medicina para el asma: \_\_\_\_\_
- Mi niño necesita tomar antibióticos (ej. penicilina) antes de recibir servicios dentales: \_\_\_\_\_
- Mi niño no puede tomar o es alérgico a las siguientes medicinas o materiales: \_\_\_\_\_
- Mi niño tiene la siguiente condición de salud: \_\_\_\_\_
- Mi niño fue hospitalizado en los pasados dos años debido a: \_\_\_\_\_
- Mi niño está tomando las siguientes medicinas: \_\_\_\_\_ para \_\_\_\_\_
- Mi niño reaccionó mal al siguiente tratamiento dental: \_\_\_\_\_

Favor de escribir cualquier comentario o información adicional: \_\_\_\_\_

Certifico que he LEÍDO y ENTIENDO las declaraciones anteriores, que he dado la información de acuerdo a mi mejor conocimiento, y que me han contestado todas mis preguntas. Entiendo que mi niño no recibirá otro tipo de cuidado dental fuera del especificado aquí. Entiendo que este programa proviene del Departamento de Salud de Florida, bajo el Programa de Cuidado Dental del Condado de Pasco en la escuela de mi niño. A mi nombre y a nombre del paciente, autorizo a los proveedores de salud dental a recibir compensación por parte de cualquier seguro o cualquier tercera parte para cubrir los servicios provistos a este paciente. Entiendo que no habrá ningún desembolso de efectivo para que mi niño reciba estos servicios.

FIRMA DEL PADRE/MADRE/ENCARGADO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ VER AL REVERSO →