



## Factores de Barniz de Floruro y Selladores Dentales

- ▶ El Barniz de fluoruro es pegajoso, material como miel que es aplicado a los dientes con una brocha **suave y pequeña**. Es llamado barniz por su consistencia pegajosa. Selladores es un material claro o blanco parecido al “plástico” y es aplicado **facilmente** en las muelas sin perforar.
- ▶ Barniz de fluoruro puede ser aplicado 4-6 veces por año y puede disminuir el desarrollo de caries por un 38%! Aplicando selladores se pueden reducir las caries hasta un 80%! WOW!
- ▶ Dejando a su niño participar en el programa de Sonrisas De Por Vida le puede ahorrar dinero y le ayuda a prevenir problemas.
- ▶ Barniz de fluoruro y selladores son **seguros**. El fluoruro se adhiere a los dientes una vez que entra en contacto con la saliva y se aplica precisamente a los dientes. Selladores son una capa protectora que es aplicada **facilmente y comodamente** en las muelas, es **segura en proteger** de la bacteria en las grietas ú hoyos para reducir el riesgo de caries.
- ▶ Barniz de fluoruro es aprobado por la Asociación Americana Dental y la Administración Federal de Drogas.

Este programa **NO** reemplazará los exámenes dentales regulares de su hijo(a).

**Un equipo de un higienista dental con licencia de salud pública y un asistente entrenada proporcionarán todos los servicios preventivos de salud dental.**

Este servicio está cubierto por seguro de Medicaid/ MNCA.

**Una contribución es útil para proporcionar esto como un servicio continuo, pero no es requerido.**

**Se sugiere una contribución de \$15, pero cualquier contribución monetaria es apreciada.**

**A ningún niño(a) se le negará el servicio.**

**Aviso de Prácticas de Privacidad:** Con mi firma, reconozco que entiendo el Aviso de Prácticas de Privacidad del Programa de Salud Dental LifeSmiles de Two Rivers Public Health Department que está disponible en el sitio cuando se brindan los servicios de LifeSmiles a los participantes del programa. He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido del Aviso de Prácticas de Privacidad. Entiendo que al firmar este Consentimiento, doy permiso a LifeSmiles de Two Rivers Public Health Department para usar y divulgar la información médica protegida de mí o de mi pupilo para llevar a cabo servicios de cuidado dental, comunicaciones de referencia de cuidado dental y actividades de pago. También entiendo que tengo derecho de revocar este Consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito y que mi revocación podría resultar en la discontinuación del tratamiento por parte del Programa de Salud Dental LifeSmiles de Two Rivers Public Health Department. Además entiendo que el Programa de Salud Dental LifeSmiles de Two Rivers Public Health Department se reserva el derecho de cambiar el Aviso de Prácticas de Privacidad como se han descrito. Si se revisa el Aviso de Prácticas de Privacidad, se me notificará el nuevo Aviso de Prácticas de Privacidad que contendrá los cambios y un Aviso actualizado de Prácticas de Privacidad estará disponible en el sitio cuando se brindan los Servicios de LifeSmiles a los participantes del programa. Esos cambios pueden aplicarse a cualquiera de mi información de salud protegida.

Por favor regrese a la oficina de su escuela para el \_\_\_\_\_ para tener la oportunidad de ganar una tarjeta de regalo de \$50.00

Nombre de Escuela: \_\_\_\_\_  
Maestro: \_\_\_\_\_ Manaña / Tarde

**POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE Ó IMPRENTA**

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_  
(Nombre legal completo) en letra de imprenta

Fecha de nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre ó Mujer

Domicilio físico y correo: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/ Guardián: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_  
(Nombre legal completo) en letra de imprenta

**Para uso de oficina solamente:**

**Medicaid / MCNA** Si ó No # \_\_\_\_\_  
**Seguro Privado** Si ó No # \_\_\_\_\_  
**Cantidad de contribución** Si ó No \$ \_\_\_\_\_

**\*Para someter contribuciones:** Por favor adjunte de forma segura un cheque o dinero a la forma de registración y entréguelo a la escuela de inmediato.

**\*\*Cheques pagaderos a "Two Rivers Público Health Department" y "LifeSmiles" y el nombre completo del niño en el espacio donde dice memo.**

**\*\*\*Pago de contribución segura se puede hacer con tarjeta de credito o debito al ir a [www.trphd.org](http://www.trphd.org) y empujar "donar ahora" en la parte superior de la pagina seguido por el icono "donar aquí". Por favor anote el nombre completo del niño y LifeSmiles en la sección de comentarios.**



**LifeSmiles Programa de Floruro y Selladores Dentales**

**Todos** los niños recibirán un cepillo de dientes y un examen dental de una Higienista Dental licenciada en Salud Pública.

Su niño(a) también tendrá la oportunidad de recibir un tratamiento dental preventivo. **Por favor circule su preferencia abajo.**

Barniz de Floruro Si ó No  
Selladores Si ó No

1. ¿Usted tiene un dentista familiar? Si ó No Si sí, Nombre del Dentista: \_\_\_\_\_

2. ¿Su niño(a) visita la oficina dental?: cada año / dos veces por año / cuando lo necesita / nunca

3. ¿Su niño(a) tiene alguna alergia? Si ó No Si sí, por favor anote: \_\_\_\_\_

4. ¿Da usted consentimiento para fotografiar a su niño(a) en conexión con Sonrisas De Por Vida / TRPHD? Si ó No  
Sonrisas De Por Vida/ TRPHD podrá usar las fotos con el nombre de su hijo(a) para el comunicado de prensa, publicidad, ilustración y contenido en la red (web).

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Guardián

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha