Enter your school name

Estimados padres o tutores:

Nuestra escuela y la Oficina de Salud Dental del Departamento de Salud y Servicios para Personas Mayores de Missouri ofrecen un programa de salud bucal **GRATUITO** para ayudar a detener la caries dental. Este programa se ofrece a **TODOS los** niños de Missouri, incluidos los que visitan al dentista cada año. Un dentista o higienista dental le hará una exploración bucodental. El evaluador llevará guantes dentales y utilizará un espejo bucal desechable. Se aplicará una fina capa de barniz de flúor en los dientes de su hijo para ayudar a frenar la caries. El flúor se aplicará dos veces durante el curso escolar. El barniz de flúor es seguro para detener y revertir pequeñas áreas de caries temprana.

Su hijo recibirá gratuitamente un cepillo de dientes, pasta dentífrica e información sobre salud bucodental.

# Este servicio no sustituye a una revisión dental periódica. Se recomienda visitar al dentista al menos una vez al año.

**PADRE/MADRE/TUTOR COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN**

El examen y el tratamiento con barniz de flúor son gratuitos, pero debe dar su consentimiento.

 **SÍ,** quiero que mi hijo reciba una revisión dental y dos aplicaciones de barniz de flúor, con un intervalo de tres a seis meses. (Yes, I want my child to receive a dental screening and two applications of fluoride varnish, three to six months apart.)

 **SÍ**, quiero que mi hijo reciba una revisión dental. No quiero que a mi hijo le pongan el barniz de flúor.

(Yes, I want my child to receive a dental screening. I do not want my child to have the fluoride varnish.)

 **NO**, no quiero que mi hijo participe en este programa de salud bucodental. (No, I do not want my child to take part in this oral health program.)

# Nombre del Niño(a) Edad: Grado: Profesor(a):

 (Child’s Name) (Age) (Grade) (Teacher)

**Marque "TODAS" las que correspondan a la Raza: Marque "UNO" que corresponda a Etnicidad:**

­­\_\_\_\_Indio americano/nativo de Alaska (American Indian/Alaskan Native)

 Asiático (Asian)

 Negro/Afroamericano (Black/African American)

 Hawaiano o de otras islas del Pacífico (Hawaiian or Other Pacific Islander)

 Blanco (White)

 Hispano (Hispanic)

 No hispano (Non-Hispanic)

# FIRMA DE PADRES/TUTORES: FECHA:

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - **EL** **DENTISTA O EL HIGIENISTA DEBEN RELLENARLO Y ENVIARLO A CASA CON EL NIÑO DESPUÉS DEL EXAMEN**.

# Nombre del niño(a): Fecha:

 (Child’s Name) (Date)

Su hijo se ha sometido hoy a una revisión dental. Este examen **no** sustituye a una revisión dental periódica, que se recomienda al menos una vez al año. **No** se tomaron radiografías dentales. El higienista dental o el dentista que realizó la revisión encontró lo siguiente:

1. **No hay necesidad obvia de tratamiento dental** en este momento, pero debería visitar a un dentista para revisiones periódicas al menos una vez al año. (No obvious need for dental treatment at this time.)
2. **Necesita tratamiento dental pronto (4-8 semanas)**, posible caries. Por favor pida cita con un dentista.

 (Need dental treatment soon, 4-8 weeks.)

1. **Necesita tratamiento dental urgente (24-48 horas),** debido a dolor de muelas, caries o infección. Por favor, concierte una cita con un dentista lo antes posible. (Need urgent dental treatment, 24-48 hours.)

****

Hable con su hijo sobre salud bucodental Visite la página de salud bucodental de Missouri en https://health.mo.gov/oralhealth. En la sección Educación sobre salud bucodental pue[de encontrar vídeos educativos p](https://health.mo.gov/oralhealth)ara aprender sobre salud bucodental o escanear el código QR con su teléfono para abrir los vídeos educativos sobre salud bucodental.