

Estimado padre/madre o tutor:

Nuestra escuela y la Oficina de Salud Dental del Departamento de Salud y Servicios para Personas de la Tercera Edad de Missouri ofrecen un programa de salud bucodental **GRATUITO** para ayudar a prevenir las caries dentales. Este programa se ofrece a **TODOS** los niños de Missouri, incluidos los que van al dentista todos los años. Una persona que ha recibido formación verá a su hijo/a, usará guantes y utilizará un espejo bucal desechable. **Con su consentimiento**, se aplicará barniz de flúor en los dientes de su hijo/a para ayudar a evitar las caries dentales. Es seguro usar barniz de flúor para prevenir y revertir pequeñas zonas de caries incipientes, y se aplicará dos veces durante el año escolar. La Oficina de Salud Dental recopila los datos de la revisión de salud bucodental para entender mejor las necesidades de salud bucodental de los niños de Missouri.

**Los niños que participen** recibirán gratis un cepillo de dientes adecuado para su edad, pasta dental e información sobre salud bucodental.

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

**EL PADRE/MADRE /TUTOR DEBE COMPLETAR Y FIRMAR LA SIGUIENTE SECCIÓN**

La revisión de salud bucodental y los tratamientos con barniz de flúor **no tienen costo y no se facturarán al seguro**, pero debe dar su consentimiento.

- SÍ**, quiero que mi hijo/a reciba una revisión de salud bucodental y dos aplicaciones de barniz de flúor, con un intervalo de 3 a 6 meses.
- SÍ**, quiero que mi hijo/a reciba una revisión de salud bucodental. No quiero que mi hijo/a reciba el barniz de flúor.
- NO**, no quiero que mi hijo/a participe en este programa de salud bucodental.

**Nombre del niño/a:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_ **Maestro:** \_\_\_\_\_

<b>Marque "TODO" lo que corresponda para Raza:</b> <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Indígena de Hawái u otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	<b>Marque "UNO" que corresponda para Origen étnico:</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano	<b>Marque "UNO" que corresponda para el seguro dental de su hijo/a (solo con fines informativos):</b> <input type="checkbox"/> Medicaid/Missouri Managed Care <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Desconocido/No proporcionado
---	--	--

**FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

**ESTA SECCIÓN LA DEBE COMPLETAR LA PERSONA QUE REALIZA LA REVISIÓN DE SALUD BUCODENTAL Y SE DEBE ENVIAR A CASA CON EL NIÑO/A.**

**Nombre del niño/a:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Su hijo/a recibió hoy una revisión de salud bucodental. Esta revisión de salud bucodental **no** reemplaza el chequeo dental de rutina, una vez al año. **No** se tomaron radiografías dentales. En la revisión de salud bucodental se constató que su hijo/a necesita lo siguiente:

1.  **No necesita tratamiento dental.** Continuar los chequeos periódicos.
2.  **Necesita tratamiento dental dentro de las siguientes 4-8 semanas**, posible caries dental. Por favor, haga una cita con el dentista.
3.  **Necesita tratamiento dental urgente dentro de las siguientes 24-48 horas**, por dolor de muelas, caries o infección. Por favor, haga una cita con el dentista lo antes posible.



MISSOURI DEPARTMENT OF  
**HEALTH &  
SENIOR SERVICES**  
Office of Dental Health

**¡Converse con su hijo/a sobre la salud bucodental! Visite nuestra página web: [oralhealth.mo.gov](http://oralhealth.mo.gov), o escanee el código QR con su teléfono.**

**Para obtener más información sobre dónde encontrar un hogar dental, puede consultar la Guía de recursos de Delta Dental en <https://www.deltadentalmo.com/resourceguide>.**

