DENTAL SEALANT PROGRAM



CONSENT FORM ON BACK

Keeping your child's smile healthy!

Tennessee Department of Health's School Based Dental Prevention Program offers dental preventive services to your child for ***FREE!***

- **Screenings and Education**
- **Sealants**
- **Silver Diamine Fluoride**
- **Fluoride Varnish**

Complete the back of this form to help your child have healthy teeth! **ALL** children are eligible who return this completed consent form. No child is turned away. Services are ***FREE!***

A referral note will be sent home after the visit explaining services provided and information to help find a dental home, if needed.

SEALANTS



Tooth Decay is the single most common chronic childhood disease.

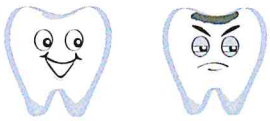
Dental Sealants are thin plastic coatings applied to the grooves on the chewing surfaces of the back teeth to prevent against tooth decay.

My child has already had sealants and sees a dentist regularly, should they participate?

YES!

Sealants can last for many years but if your child's sealants come off, we can replace them on all permanent back teeth as needed for ***NO COST***

PREVENTION VS. TREATMENT



Sealants, no cost provided at school

Treatment, a costly trip to dentist

Scan QR code for more information or visit www.tn.gov/oralhealth

SILVER DIAMINE FLUORIDE (SDF)

If your child has tooth decay, we would like to provide up to two applications of silver diamine fluoride, to control the tooth decay and prevent the cavity from getting worse.

BENEFITS

NO shots or drills

Can prevent teeth from hurting

Stops cavities from getting bigger

WHAT TO EXPECT

- SDF **will** change the color of the cavity from brown to black.
- SDF will **not** stain healthy teeth.
- We recommend follow-up with dentist.
- SDF may cause a metallic taste that will go away quickly.
- If SDF touches your child's skin, you **will** see a small color change that will change back in 2-3 days.

Treatment with silver diamine fluoride may not prevent the need for additional dental treatment. There is a possibility the SDF treatment may not stop the decay and no guarantee of success is granted or implied.

TN Department of Health

Centers for Disease Control and Prevention: Dental Sealants - http://www.cdc.gov/oralhealth/publications/faqs/sealants.htm
American Dental Association (2014), Action for Dental Health: Bringing Disease Prevention into Communities. A Statement from the American Dental Association, 2013

PH-4377 (Rev. 02-2024)
Edison # 1000196993
RDA 150

SEALANTS

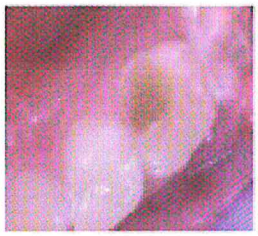


Unprotected
No Sealant



Protected
After Sealant

SILVER DIAMINE FLUORIDE (SDF)



Active Decay



Non-Active Decay

About Your Child

Child's Name: _____ _____ _____ _____ _____
First Middle Last Sex Birth Date Age

Home Address: _____ _____ _____ _____
Street City State Zip Code

_____ _____ _____ _____
Phone Number Name of School Grade Teacher

Race (Please check all that apply): ☐ White ☐ Black/African American ☐ Asian
☐ American Indian/Alaska Native ☐ Hispanic ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ Other

_____ **Does your child have TennCare?** ☐ Yes ☐ No
Child's Social Security Number (Optional)

Health History

Parent/Guardian: Please Complete the Student Health History Below

Does your child have any allergies? ☐ Yes ☐ No **Any allergies to silver/metals?** ☐ Yes ☐ No

If yes, what? _____

Is your child taking any medications? ☐ Yes ☐ No

If yes, what? _____

Is there anything else we should know about the health/behavior of your child? ☐ Yes ☐ No

If yes, what? _____

Has your child visited a dentist within the last twelve months? ☐ Yes ☐ No

Parent Consent

I give consent for my child to participate in the sealant, fluoride varnish, and silver diamine fluoride programs provided by the TN Department of Health. To the best of my knowledge, the medical history questions have been answered accurately. I have been given a copy of the health department's notice of privacy practices, or it is available to me through the school nurse or by calling my local health department.

_____ _____
Signature of Parent or Guardian **Date**

If your child does not have TennCare and you feel they may qualify, please apply online at www.tn.gov/tenncare.html or call 1-855- 259-0701.

PROGRAMA DE SELLADORES DENTALES



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO AL DORSO

¡Mantengamos la sonrisa de su hijo(a) saludable!

El Programa Escolar de Prevención Dental del Departamento de Salud de Tennessee ofrece a su hijo(a) servicios dentales preventivos ***¡GRATIS!***

- Examinaciones y educación
- Selladores
- Fluoruro de Diamino de Plata
- Barniz de fluoruro

Complete el dorso de este formulario para ayudar a su hijo(a) a tener una ¡dentadura saludable! **TODOS** los niños que completen este formulario de consentimiento tienen derecho a este servicio. No se le niega servicio a ningún niño. Los servicios son ***¡GRATIS!***

Al concluir la cita se enviará a la casa una nota de remisión y se explicarán los servicios prestados así como información para ayudarle a encontrar una clínica dental permanente, de ser necesario.

SELLADORES

Aplicar los selladores es tan fácil como cepillarse los dientes y ¡no duele!



Las caries dentales son la enfermedad crónica más común en la niñez.

Los selladores dentales son delgadas capas de plástico aplicadas a las ranuras de la superficie de masticación de los dientes posteriores para prevenir las caries dentales.

PREVENCIÓN O TRATAMIENTO



Selladores: no cuestan nada se aplican en la escuela



Tratamiento: una costosa cita en el dentista

Escanee el código QR para más información o visite www.tn.gov/oralhealth

A mi hijo(a) ya se le aplicaron los selladores y va al dentista regularmente, ¿debe participar?

¡SÍ!

Los selladores pueden durar muchos años, pero si los selladores de su hijo(a) se le caen, podemos sustituirlos en todos los dientes posteriores permanentes, según sea necesario, ***SIN COSTO ALGUNO***

FLUORURO DE DIAMINO DE PLATA (SDF)

Si su hijo(a) tiene caries dentales, nos gustaría ofrecerle hasta dos aplicaciones de fluoruro de diamino de plata (SDF, por sus siglas en inglés), para controlar las caries dentales y evitar que estas empeoren.

BENEFICIOS

NI agujas NI barrenas

Puede prevenir el dolor de muelas

Evita que las caries se hagan más grandes

QUÉ SE PUEDE ESPERAR

- S DF **cambia** el color de la carie de marrón a negro.
- SDF **no** mancha los dientes sanos.
- Recomendamos seguimiento con el dentista.
- SDF puede causar un sabor metálico que desaparece rápidamente.
- Si SDF entra en contacto con la piel de su hijo(a), **observará** un leve cambio de color que volverá a la normalidad en unos 2 o 3 días.

El tratamiento con fluoruro de diamino de plata no puede prevenir la necesidad de tratamiento dental adicional. Existe la posibilidad de que el tratamiento de SDF no detenga la carie y no se concede ni implica ninguna garantía de éxito.

Centers for Disease Control and Prevention [Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de EE. UU.]: Selladores dentales - http://www.cdc.gov/oralhealth/publications/faqs/sealants.htm Asociación Dental Americana (2014), Acción para la salud dental: Proporcionar prevención de enfermedades a las comunidades. Un comunicado de la Asociación Dental Americana, 2013

TN Department of Health

PH-4377S (REV. 07-2021)

RDA 150

SELLADORES

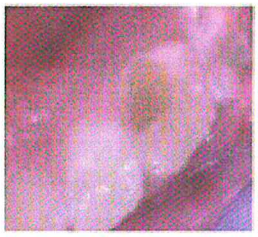


Desprotegido
Sin selladores



Protegido
Con selladores

FLUORURO DE DIAMINO DE PLATA (SDF)



Carie activa



Carie no activa

Datos sobre su hijo(a)

Nombre del menor: _____ _____ _____ _____ _____ _____

Primer nombre **Segundo nombre** **Apellido** **Sexo** **Fecha de nacimiento** **Edad**

Dirección domiciliaria: _____ _____ _____ _____

Calle y número **Ciudad** **Estado** **Código postal**

_____ _____ _____ _____

Número de teléfono **Nombre de la escuela** **Grado** **Maestro**

Race (Marque todo lo que corresponda): ☐ **Blanca** ☐ **Negra o afroamericana** ☐ **Asiática**

☐ **American Indian/Alaska Native** ☐ **Hispana** ☐ **Natual de Hawái o de las Islas del Pacífico** ☐ **Otra**

_____

Número de seguro social del menor (opcional)

¿Su hijo(a) tiene TennCare? ☐ **Sí** ☐ **No**

Antecedentes médicos

Padre/madre/tutor: Complete a continuación los antecedentes médicos del estudiante

¿Su hijo(a) tiene algún tipo de alergia? ☐ **Sí** ☐ **No** **¿Alguna alergia a la plata o metales?** ☐ **Sí** ☐ **No**

En caso afirmativo, ¿a qué? _____

¿Su hijo(a) toma algún medicamento? ☐ **Sí** ☐ **No**

En caso afirmativo, ¿a qué? _____

¿Hay algo más que debamos saber acerca de la salud y la conducta de su hijo(a)? ☐ **Sí** ☐ **No**

En caso afirmativo, ¿qué? _____

¿Su hijo(a) ha ido al dentista en los últimos doce meses? ☐ **Sí** ☐ **No**

Consentimiento de los padres

Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) participe en los programas de selladores, barniz de fluoruro y fluoruro de diamino de plata proporcionados por el Departamento de Salud de TN. A lo mejor de mi conocimiento, se respondió con precisión a las preguntas de los antecedentes médicos. Se me entregó una copia del aviso de las normas de privacidad del departamento de salud, o está a mi disposición a través de la enfermera de la escuela o a través del departamento de salud local.

_____ _____

Firma de la madre/del padre o tutor **Fecha**

Si su hijo(a) no tiene TennCare y cree que pudiera tener derecho, presente una solicitud en línea en www.healthcare.gov o llame al 1(800) 318-2596