



**PARENT or GUARDIAN LETTER**  
**Future Smiles Mobile Program**

Child's Name: \_\_\_\_\_

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Future Smiles is a Nevada non-profit school-based program that provides preventive and restorative oral health care to low income, uninsured, Medicaid/CHIP children in the Clark County School District.

Future Smiles es un programa dental escolar sin fines de lucro de Nevada que proporciona atención preventiva y restaurativa de salud bucal a niños de bajos ingresos, sin seguro, Medicaid/CHIP en el Distrito Escolar del Condado de Clark.

Your child was seen today by \_\_\_\_\_, one of our Public Health Dental Hygienists/dentists to assess/evaluate your child's oral health needs.

Su hijo fue visto hoy por \_\_\_\_\_, uno de nuestros higienistas/dentistas de Salud Pública para evaluar las necesidades de salud bucal de su hijo/hija.

**Section 1: Future Smiles identified the following oral health concerns for your child:**

**Sección 1: Future Smiles identifico las siguientes preocupaciones de salud bucal de su hijo/a:**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Needs to brush better	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Debe cepillarse mejor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gum disease (swollen, puffy, red or bleeding gums)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de las encías (encías hinchadas, rojas o sangría)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Child has one or more possible cavities	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niño/a tiene una o varias posible caries
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plaque (sticky substance on teeth that causes tooth decay)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Placa/Sarro (sustancia pegajosa en los dientes que causa caries)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Weak tooth structure (white spots on teeth)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estructura débil en los dientes (manchas blancas en los dientes)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oral trauma present	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trauma oral presente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Swelling or pus present (signs of infection)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inflamación o pus presente (signos de infección)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Child has tooth pain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Niño/a tiene dolor de dientes

**Section 2: Treatment performed today for your child**

**Sección 2: El tratamiento realizado hoy para su hijo fue**

<input checked="" type="checkbox"/>	Oral health education	<input checked="" type="checkbox"/>	Educación para la salud oral
<input type="checkbox"/>	Pictures	<input type="checkbox"/>	Fotos
<input type="checkbox"/>	X-rays	<input type="checkbox"/>	Rayos x
<input checked="" type="checkbox"/>	Oral cancer screening	<input checked="" type="checkbox"/>	Detección del cáncer oral
<input type="checkbox"/>	Dental cleaning	<input type="checkbox"/>	Limpieza dental
<input type="checkbox"/>	Dental sealants:	<input type="checkbox"/>	Selladores dentales:

Your child should not chew on anything hard and crunchy, or very sticky for 24 hours. It may feel a little odd when your child bites down. This feeling will go away after a few days as the sealants become better shaped to the teeth.

Su hijo no debería de masticar nada duro, crujiente o muy pegajoso durante 24 horas. Se puede sentir un poco extraño cuando el niño muerda o mastique algo con los dientes que tienen selladores dentales. Esta sensación desaparecerá después de unos días cuando el sellador tome la forma del diente.

Fluoride treatment

Tratamiento con fluoruro:

Your child should eat a soft, non-abrasive diet for the rest of the day. Avoid hot foods like soup for the day. Do not brush or floss the child's teeth until tomorrow morning.

Su hijo debe comer una dieta suave, no dieta agresiva por el resto del día. Evitar alimentos calientes como sopa. No cepille o use hilo dental en los dientes del niño hasta mañana por la mañana.

**Section 3: Dental recommendations for your child**

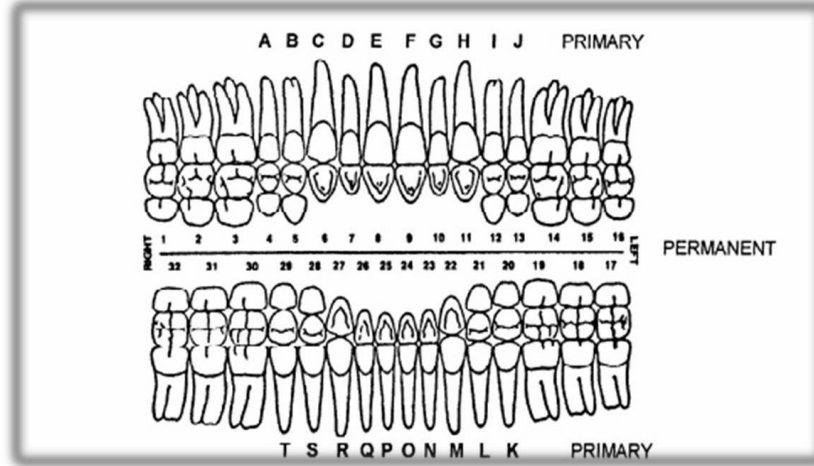
**Sección 3: Recomendaciones Dentales para su hijo**

<input checked="" type="checkbox"/>	Brush 2 times daily with/without assistance	<input checked="" type="checkbox"/>	Cepille 3 veces al día con o sin asistencia
<input checked="" type="checkbox"/>	Floss daily with/without assistance	<input checked="" type="checkbox"/>	Use hilo dental todos los días con o sin asistencia
<input checked="" type="checkbox"/>	Make healthy food choices	<input checked="" type="checkbox"/>	Elegir alimentos saludables



**PARENT or GUARDIAN LETTER**  
**Future Smiles Mobile Program**

S = Sealant placed/Selladores	A = Abscess/infección	P = Pain/Dolor	D = Possible decay/Posible Caries
-------------------------------	-----------------------	----------------	-----------------------------------



<input type="checkbox"/>	<b>URGENT CARE NEEDED.</b> Child has pain, infection, swelling or dental disease	<input type="checkbox"/>	<b>Atención necesaria URGENTE.</b> Niño tiene dolor, infección, hinchazón o enfermedad dental
<input type="checkbox"/>	Early dental care. Further evaluation is necessary for your child	<input type="checkbox"/>	Atención dental temprana. La evaluación adicional es necesaria para su niño
<input checked="" type="checkbox"/>	Full dental diagnosis and treatment. Child should receive an exam from a dentist every 12 months. <b>Call (702) 799-1204 for an appointment</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	Diagnóstico y tratamiento dental completo. El niño/nina debe recibir un examen por un dentista cada 12 meses. <b>Solicite una cita a (702) 799-1204</b>
<input checked="" type="checkbox"/>	Routine preventive oral health care. Schedule hygiene services at our Clark EPOD location every 6 months. Services include routine cleanings, dental sealants, fluoride varnish, and screening for possible cavities. <b>Call (702) 889-3763 for an appointment</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	Atención rutinaria de salud bucal preventiva. Programe servicios de higiene en nuestra ubicación de Clark EPOD cada 6 meses. Los servicios incluyen limpiezas de rutina, selladores dentales, barniz de fluoruro y detección de posible caries. <b>Solicite una cita a (702) 889-3763</b>

The following is a network of community dental clinics that can provide an **annual examination by a dentist, treatment and restorative dental care:**

Si usted no tiene un dentista las siguientes oficinas son una red de clínicas dentales de la comunidad que puede proporcionar un **examen anual dental por un dentista, tratamiento y servicios de restauración**

<b>The NWP Dental Wellness Center</b> 5630 Coley Ave. Las Vegas, NV 89146 (702) 799-1204	<b>Dental Care International (DCI)</b> 1750 Wheeler Peak Drive Las Vegas, NV 89106 (702) 272-1100	<b>UNLV School of Dental Medicine</b> 1700 W. Charleston Blvd Las Vegas, NV 89106 (702) 774-2400
<b>Positively Kids Clinic with Children's Dentistry</b> 701 N. Pecos Blvd Las Vegas, NV 89101 (702) 984-7041	<b>Nevada Health Centers</b> 2212 Eastern Ave Las Vegas, NV 89104 (702) 597-3898	<b>Moore Family Dental</b> 2560 Maryland Pkwy Las Vegas, NV. 89109 (702) 791-1010

Find more providers on our website: [www.future smiles.net](http://www.future smiles.net)  
 Encuentre más proveedores y inscripción de seguros en nuestro sitio web: [www.future smiles.net](http://www.future smiles.net)  
 Let us know how we're doing! Please take our *Parent Satisfaction Survey*  
 Déjenos saber como estamos haciendo! Por favor tome nuestra Encuesta de satisfacción de los padres  
[www.future smiles.net/survey](http://www.future smiles.net/survey)