

NC Department of Health and Human Services  
Division of Public Health  
Oral Health Section

**Permanent Permission for Fluoride Mouthrinse**

Dear Parent:

Together, we are trying to help your child enjoy good dental health. Today, 50 percent of school-age children have tooth decay. This is an improvement over past years. However, tooth decay still causes poor health, pain and loss of time from school. The cost of treating this disease is high.

The use of fluoride is the best way to prevent tooth decay. Your child may be getting fluoride from your community water. He or she may also receive additional benefits from fluoride applied directly to the teeth. Examples are: fluoride toothpaste, fluoride mouthrinse and dental office fluoride applications.

In cooperation with your child's school, the NC Oral Health Section is offering a weekly fluoride mouthrinse program to help your child have healthy teeth. Fluoride mouthrinse has been thoroughly tested and is safe. It is a very good program to help prevent tooth decay. Under the teachers' direction, students rinse with the mouthrinse once each week.

**THE BENEFITS OF THE FLUORIDE MOUTHRINSE PROGRAM ARE IN ADDITION TO BENEFITS RECEIVED FROM DRINKING FLUORIDATED WATER AND RECEIVING FLUORIDE APPLICATIONS IN THE DENTAL OFFICE.**

---

Please fill out the form below and return to your child's teacher tomorrow.

---

**Permanent Permission for Fluoride Mouthrinse**

*(Please check one)*

\_\_\_\_\_ **Yes**, I want my child to participate in this dental program until he or she ages out of the program. I understand that I may withdraw this permission at any time by notify the school in writing.

\_\_\_\_\_ **NO**, I do not want my child to participate in this dental program.

Signature of Parent or Guardian \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Name of Child \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_  
(Last) (First) (Middle Initial)

Name of School \_\_\_\_\_

**This form should be filed with the student's permanent Records and kept until he or she ages out of the program.**

**Departamento de Salud y recursos Humanos de Carolina del Norte**  
**División de Salud Pública**  
**Sección de Salud Bucal**

**Formulario de Permiso Permanente para el Enjuague de la Boca con Flúor**

Estimados Padres:

Juntos, tratamos de ayudar a su hijo(a) a disfrutar de una buena salud dental. Hoy en día, el 50 % de los niños en edad escolar tienen caries, lo que indica un adelanto en comparación con otros años. Sin embargo, las caries aún son causa de mala salud, dolor y pérdida de tiempo escolar. El coste del tratamiento de esta enfermedad de los dientes es alto.

El uso del flúor es la mejor forma de prevenir las caries. Puede que su hijo/a esté recibiendo flúor en el agua de su comunidad o en el agua de la escuela, aunque él/ella podría obtener beneficios adicionales del flúor aplicado directamente a los dientes. Por ejemplo, la pasta de dientes con flúor, el enjuague bucal con flúor y aplicaciones de flúor en el consultorio dental.

En colaboración con la escuela de su niño, la Sección de Salud Bucal está ofreciendo un programa de enjuague de flúor semanal con el fin de ayudar a su hijo a tener dientes sanos. El enjuague de la boca con flúor ha sido totalmente comprobado y su uso es seguro. Es un programa muy bueno para ayudar a prevenir las caries. Los estudiantes, bajo las instrucciones de los maestros, se enjuagan la boca con un enjuague bucal con flúor una vez por semana.

**\*LOS BENEFICIOS DEL PROGRAMA DEL ENJUAGUE BUCAL SERÁN SUMADOS A LOS BENEFICIOS OBTENIDOS POR BEBER AGUA FLUORADA Y POR RECIBIR APLICACIONES DE FLÚOR EN EL CONSULTORIO DENTAL.**

---

Por favor complete este formulario y devuélvala al (a) maestro(a) de su hijo(a) mañana.

---

**PERMISO PERMANENTE PARA EL ENJUAGUE DE LA BOCA CON FLÚOR**  
(Por favor marque uno.)

\_\_\_\_\_ Sí. Quiero que mi hijo(a) participe en este programa dental hasta que él (ella) supere la edad máxima permitida. Entiendo que puedo retirar este permiso en cualquier momento, notificando a la oficina de la escuela por escrito.

\_\_\_\_\_ No. No quiero que mi hijo(a) participe en este programa dental.

Firma del Padre/Madre o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Alumno \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
(Apellido/s) (Nombre) (Inicial del 2º nombre)

Nombre de la Escuela \_\_\_\_\_

**This form should be filed with the student's permanent  
Records and kept until he or she ages out of the program.**