

Programa de aplicación de barniz de fluoruro

Consentimiento del padre de familia/tutor



Estimado padre de familia/tutor:

Está disponible un programa dental preventivo para su hijo(a). Dos veces durante el año escolar, una higienista dental licenciada proporcionará un examen de detección dental básica gratis y aplicará una capa de protección llamada barniz de fluoruro a los dientes de su niño(a) como medida preventiva contra las caries dentales.

Para recibir estos servicios **sin costo**, debe darnos su consentimiento.

- ☐ **Sí**, deseo que mi hijo(a) reciba la aplicación de barniz de fluoruro. – **fluoruro de sodio 5%**
☐ **No**, deseo que mi hijo(a) reciba estos servicios de aplicación de barniz de fluoruro preventivo.
☐ **Sí**, quiero que mi hijo reciba un examen sin servicios preventivos de barniz de flúor.

Nombre de(l) (la) niño(a): _____ Fecha de nacimiento: _____

Masculino: ____ Femenino: ____ Edad: ____ Grado: ____ Maestro: _____

¿Su hijo(a) es alérgico(a) a los piñones o a la colofonia (resina de trementina)? Sí: ____ No: ____

Información sobre seguro dental

Para continuar proporcionando valiosos servicios preventivos **sin costo** para usted y su familia, le solicitamos que proporcione la información del seguro de su hijo(a) para que el proveedor dental pueda presentar y aceptar las tarifas por los servicios prestados. Esto ayudará a compensar el costo del barniz de fluoruro y suministros dentales.

ID del estado de Medicaid: _____ CHP+ ID del miembro: _____

Nombre del Seguro Dental: _____ Nombre del suscriptor: _____

Número de teléfono del suscriptor: _____ Identificación de suscriptor: _____

Número de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Comprendo que el barniz de fluoruro ayuda a proteger los dientes de las caries. Es posible que los dientes de mi hijo(a) se vean amarillos durante 24 horas. Inmediatamente después de la aplicación del barniz, mi hijo sí puede beber líquidos fríos y comer alimentos blandos. Para que el tratamiento sea más efectivo, se me recomienda no darle a mi hijo(a) comida crujiente ni dura durante seis horas después del tratamiento y cepillar y usar hilo dental hasta la mañana siguiente.

Firma del padre de familia/tutor: _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Se colocó el barniz en: _____ y _____ por: _____

Comentarios:

***Este servicio no reemplaza una evaluación completa. Nuestra recomendación es que un dentista examine a su hijo(a) regularmente dos veces al año. ***