

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**, quiero que mi hijo reciba un barniz de flúor y una revisión dental básica.

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

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

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.

Número de identificación de Medicaid del estado: _____

Número de identificación de miembro de CHP+: _____

Nombre del seguro dental: _____ Nombre del titular: _____

Número de teléfono del titular: _____ Número de identificación del titular: _____

Fecha de nacimiento del titular (mm/dd/yyyy): _____

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: _____

ARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Barniz colocado en: _____ y/o _____ por: _____

0- Rutina

1- Necesidades Dentales Tempranas

2- Necesidades Dentales Urgentes

0- Rutina

1- Necesidades Dentales Tempranas

2- Necesidades Dentales Urgentes

Comentarios: _____

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