

# Revisión dental/barniz de flúor gratuito

## Hoja de permiso del programa



Ahora se ofrecen de revisiones dentales y servicios de barniz de flúor gratuitos en la escuela de su hijo/a. El barniz de flúor es una forma rápida y fácil de proteger a los dientes de la caries. Profesionales de atención dental realizan la revisión y aplican el barniz de flúor hasta cuatro veces al año.

Nombre del niño: _____		
(Apellido)	(Primer nombre)	(Nombre de preferencia)
Fecha de nacimiento del niño (mm/dd/aa): ___/___/___		
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		

**Revisión Dental:** un vistazo rápido al interior de la boca para revisar la salud general de los dientes.

SÍ  NO

**Barniz de Flúor:** aplicada sobre los dientes para prevenir las caries.

SÍ  NO

### Si eligió "sí", llene la información a continuación y firme:

Información de contacto	
Padre, madre o tutor legal:	
Número telefónico para comunicarnos con usted:	Permiso para enviar mensajes de <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección de correo electrónico:	
Dirección postal:	

### Proporcione la siguiente información para que podamos atender mejor a su hijo/a:

Mi hijo/a toma (indique medicamentos):	Ninguno: <input type="checkbox"/>
Mi hijo/a tiene alergia a:	Ninguno: <input type="checkbox"/>
Cualquier problema médico actual:	Ninguno: <input type="checkbox"/>
Otra información que nos ayude a atender mejor a su hijo/a:	Ninguno: <input type="checkbox"/>

### Llene la siguiente sección. Usted no recibirá una factura.

Seguro de salud: <input type="checkbox"/> Núm. de identificación del Plan de Salud de Oregon (OHP, por sus siglas en inglés)/Medicaid _____ <input type="checkbox"/> Compañía de seguro dental privado _____ <input type="checkbox"/> No tiene seguro médico	<b>¡Estos servicios son GRATUITOS!</b>
---	--

Al firmar a continuación, usted:

Como padre/madre/tutor legal, por medio de la presente autorizo la divulgación y el intercambio de información, incluida cualquier información médica personal relevante relacionada con los servicios proporcionados, entre el personal dental, el personal de Head Start, el distrito escolar de su hijo/a o el ESD, las compañías de seguro, el dentista del/de la menor, la Organización de Atención Coordinada correspondiente y/o la Organización de Atención Dental constatada. He recibido una copia de los "Avisos de prácticas de privacidad". Asimismo, entiendo que un estudiante dental o de enfermería, supervisado por un profesional dental con licencia, podría proporcionar el tratamiento.

**Firma del padre, de la madre o del tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_