



Barniz De Fluoruro Dental

Año escolar 2018-19

Un programa gratuito de fluoruro dental, diseñado para ayudar prevenir caries en los dientes comenzara en la guardería/preescolar de su hijo. El barniz de fluoruro es un barniz de fluoruro tópico muy efectivo que se aplica encima de los dientes, se endurece al contacto con la saliva y durante un periodo de 24 horas se libera para hacer efecto. Es bien tolerado por los niños ya que el sabor es muy leve y se aplica en pequeñas cantidades. Una higienista dental registrada aplicara el fluoruro aproximadamente cada 3-4 meses. Complete este formulario y regresarlo a la guardería/preescolar de su hijo dentro de 3 días. **Esto no está intencionado para reemplazar un examen regular por su dentista de familia.**

Nombre complete del niño:		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Edad:	Fecha de nacimiento:
Domicilio:			Ciudad:	Código postal:
Mejor # para contactar:			Tamaño de familia:	
Raza (Marque una): <input type="checkbox"/> No es Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Hispano/Latino	Raza (Maque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Isleño del Pacifico			
Escuela:	Nombre de maestra:	Grado:		
Medico del niño: ¿Su hijo lo ha visto en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Dentista del niño: ¿Su hijo lo ha visto en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

Sí. Deseo que mi hijo/a reciba examen dental GRATIS & tratamientos del barniz de fluoruro.

No. Deseo que mi hijo/a reciba examen dental GRATIS & tratamientos del barniz de fluoruro.

Por favor responde a las siguientes preguntas:

- ¿Su hijo está actualmente tomando algún medicamento? Sí No
- ¿Su hijo tiene o ha tenido alguna reacción alérgica a tintes, comidas o medicamentos? Sí No
Por favor explique la razón de alguna respuesta **SI:** _____
- ¿Cómo paga usted por la atención medica de su hijo? Propio T19/Medical Seguro médico privado hawk-i Otro
- ¿Las vacunas de su hijo están actualizadas? Sí No
Por favor explique la razón de su respuesta **NO:** _____
- ¿Su hijo califica para la programa de comida gratis o a precio reducido en la escuela? Sí No
- La visita dental más reciente de mi hijo fue hace: 6 Meses 12 Meses 3 Años 5 Años nunca ha visto dentista.
- ¿Cómo paga por el cuidado dental de su hijo? Propio T19/Medical Seguro dental privado hawk-i Otro
- Escriba cualquier preocupación que tenga sobre la boca o los dientes de su hijo _____
- Yo doy mi consentimiento al Departamento de Salud Publico del Contado de Washington a utilizar correo electrónico y mensajes de texto para enviarme información sobre el servicio de salud infantil y agenda. Sí No
Correo electrónico: _____

- Si desea una copia del Aviso de prácticas de privacidad, visite a nuestro sitio web www.washph.com.
- Yo entiendo que este permiso es válido por un año a partir de la fecha de la firma a no ser de un retiro por escrito del padre o guardián.
- Yo entiendo que el servicio recibido no reemplaza un examen regular del dentista.
- Yo entiendo que estos servicios son aportados bajo el programa del Departamento de Salud Pública de Iowa, Salud Maternal, Hijo y adolescente.
- Yo entiendo que información creada y mantenida como parte de este programa es propiedad del Departamento de Salud Pública de Iowa.
- Yo entiendo que información colectada en este programa puede ser compartida con el Departamento de Salud Pública de Iowa, Empresa Medical de Iowa, o un designado para auditoria y mejoría de cualidad o fines legalmente autorizados.

Firma de Padre/Guardian	Imprima nombre de Padre/Guardián	Fecha
<p>Autorizo voluntariamente al Departamento de Salud Publico en el Condado de Washington a divulgar, obtener o intercambiar información a través de una plataforma electrónica mantenida por TAVHealth con su proveedor dental o escolar. Este Comunicado no autoriza la divulgación de materiales protegido por la ley federal y/o estatal aplicable al abuso de sustancias ilegales, salud mental y / o información relacionado con CIDA.</p>		
Firma de Padre/Guardian	Fecha	