San Joaquin County Public Health Services
health grows here

Programa de barniz de flúor

Padres - Formulario de Autorización y Remisión

Información del estudiante (Llenado por el padre/madre/tutor)

Nombre: _____, _____ _____ Fecha de nacimiento: ____ /____ /_____
(Apellido) (Nombre) (I) MM DD AAAA

Escuela:_____ Profesor/a : _____ Grado: _____

Raza/Etnicidad: ☐Asiático/Isleño del Pacífico ☐ Negro/Afroamericano ☐ Hispano/Latino ☐ Blanco

☐ Multirracial ☐ Nativo Americano ☐ Desconocido ☐ Otro (*Especifique*):_____

Su hijo ha tenido alguna vez:

1. **¿Alergias?** ☐ SÍ ☐ NO *Si respondió "Sí," a qué:* _____
2. **¿Algún problema de salud?** ☐ SÍ ☐ NO *Si respondió "Sí," explique:* _____

¿Está su hijo actualmente bajo el cuidado regular de un dentista? ☐ SÍ ☐ NO

Si respondió "Sí", ¿cuál es el nombre del dentista?: _____

¿Cuándo fue la última vez que su hijo visitó a un dentista? ☐ Hace menos de 6 meses
☐ Hace entre 6 y 12 meses
☐ Hace más de 12 meses

Entiendo que al firmar este formulario doy mi consentimiento para que el niño mencionado arriba reciba una evaluación básica de su salud bucal, o un examen dental y barniz de flúor. Entiendo que este examen es sólo una evaluación básica y no sustituye a un examen dental completo. Yo necesitaría obtener los servicios de un dentista para que mi hijo reciba un examen dental completo necesario para establecer y mantener una buena salud bucal. También entiendo que recibir esta evaluación dental no establece ninguna relación de médico-paciente nueva, en curso o continua. Soy libre de establecer dicha relación de médico-paciente para mi hijo en el futuro con el dentista de mi elección. Además, no responsabilizaré a quienes realicen este examen de las consecuencias o resultados para la salud bucal si decido NO seguir las recomendaciones que se indican a continuación. También entiendo que la información de esta evaluación es confidencial. La información de mi hijo SÓLO se compartirá con el Programa de Salud Bucal (OHP) o con uno de los socios del programa, quienes se comunicarán conmigo si se identifican problemas dentales para coordinar la atención dental.

Por favor, **marque** la casilla correspondiente a continuación y **firme** para que su hijo reciba servicios dentales:

☐ **Sí, doy permiso para que mi hijo participe en el programa de barniz de flúor y reciba tratamiento de barniz de flúor una vez al año.**

☐ **No, no deseo que mi hijo reciba un examen dental y barniz de flúor.**

Nombre del padre/madre/tutor (en letra de imprenta): _____ **Teléfono:**_____

Firma del padre/madre/tutor: _____ **Fecha:**_____

For Administrative Use Only (Do not mark below this line)

Results (select one)	Varnish applied on : _____ /____ /_____ MM DD YYYY
☐ No Visible Decay Present ☐ Early Dental Care Needed (visible decay, fillings and/or white spots) ☐ Urgent Dental Care Needed	Varnish applied by (Name & Title): _____
If fluoride varnish was not applied, why not? ☐ Pulp exposure ☐ Tissue lesions ☐ Child uncooperative ☐ Other: _____	

Adaptado de la Asociación Dental de California y la Sociedad de Odontología Pediátrica de California