



Reach Dane  
Early Head Start  
Childcare Program

**A fluoride Connection  
Non-Profit Corporation**  
Kathleen A Traut, RDH  
Executive Director  
Proveedor de cuidados de la salud  
infantil.  
***Manteniendo dientes sanos un  
niño a la vez.***

**HISTORIAL MEDICO Y AUTORIZACION**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_

Aula: \_\_\_\_\_

Entiendo perfectamente la información proporcionada sobre el programa de barniz de fluoruro, y por la presente doy mi consentimiento para que la higienista dental aplique el barniz de fluoruro en los dientes de mi hijo, como ya he indicado más abajo. El tratamiento que su hijo recibirá en este programa no pretende ser una alternativa a la atención dental regular con el dentista. Es muy recomendable que busque un higienista dental o un dentista familiar para la atención dental de rutina, incluyendo cualquier atención de seguimiento que pueda ser recomendada después de que su hijo haya recibido este programa de salud oral. Este consentimiento es válido por un año a partir de la fecha y firma.

**Sí, yo quiero que mi hijo reciba este tratamiento de fluoruro.**

**No, no quiero que mi hijo reciba este tratamiento de fluoruro.**

**Si no, el examen visual está bien:    Sí    No**

Por favor complete lo siguiente:

Apellido del niño \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Género:    M    F

Raza:    Blanco    Hispano    Asiático    Nativo americano/nativo de Alaska    Negro/Africano Americano  
          birracial    multirracial    Otro

1. ¿Su hijo va al dentista regularmente?    Sí    NO. Si tiene dentista y su nombre es \_\_\_\_\_

2. ¿Su hijo está en otro programa de barniz de fluoruro?    Sí    NO

3. ¿Su hijo tiene alergias? (ej.: medicina, comida, látex, etc.)    Sí    NO

**Si marco "sí" ¿qué tipo de alergia? \_\_\_\_\_**

4. ¿Su hijo ha sido diagnosticado con alguna enfermedad crónica del corazón?    Sí    NO

¿Cual? \_\_\_\_\_

5. ¿Su hijo está tomando medicamento recetado por un doctor?    Sí    NO **\*\*escriba los medicamentos abajo**

\_\_\_\_\_

6. ¿Nos da permiso de tomarle fotos a su hijo durante este programa?    Sí    NO

7. ¿Su hijo tiene aseguranza dental privada?    Sí    NO

8. ¿Su hijo está cubierto bajo MA, Badger Care, o Forward Health?    Sí    NO

I.D.# \_\_\_\_\_ (el estado de Wisconsin va a pagar por estos servicios usted no tiene que pagar nada).

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PADRE

\_\_\_\_\_  
FECHA