



HISTORIAL MEDICO Y AUTORIZACION

**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.***

Nombre del niño: _____

La 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, incluida cualquier atención de seguimiento que se puede recomendar 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.**

Si su hijo va a recibir el tratamiento por favor complete el siguiente.

Apellido del niño _____ Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ Genero: M F Raza: Blanco Asiatico Africano americano/Negro Indio americano
Otro Etnicidad: Hispano/Latino No hispano/No latino
Birracial Multiracial

1. ¿Su hijo va al dentista regularmente? SI NO. Si tiene dentista y su nombre es: _____
2. ¿Su hijo está en otro programa de barniz de fluoruro? NO SI
3. ¿Su hijo tiene alergias? (ej.: medicina, comida, látex, etc.) NO SI
Si marco "si" ¿que tipo de alergia? _____
4. ¿Su hijo ha sido diagnosticado con alguna enfermedad crónica del corazón? NO SI ¿Cual? _____
5. ¿Su hijo está tomando medicamento recetado por un doctor? NO SI ****escriba los medicamentos abajo**

6. ¿Nos da permiso de tomarle fotos a su hijo durante este programa? NO SI
7. ¿Su hijo tiene aseguranza dental privada? NO SI
8. ¿Su hijo esta cubierto bajo MA, Badger Care, o Forward Health? NO SI ¿Cual? _____
I.D.# _____ (el estado de Wisconsin va a pagar por estos servicios usted no tiene que pagar nada).

FIRMA DEL PADRE

NOMBRE DEL PABRE

FECHA