

SCHOOL DENTAL SEALANT PROGRAM CONSENT FORM



PERMISO PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE SELLADORES DENTALES

NOMBRE DE ESCUELA: _____

NOMBRE DE MAESTRA: _____

Estimados Padres:

Un programa de selladores dentales va ser implementado en la escuela de su hijo/hija sin costo alguno para los padres. Los selladores dentales son capas transparentes que se aplican a las muelas permanentes para prevenir las caries. Es un proceso facil que no duele. Además, haremos un examen dental y un tratamiento de fluoruro. El proximo año, volveremos para examinar los niños y asegurar que los selladores se han mantenido. Su hijo/hija NO va a recibir radiografías, sedantes, medicamentos o inyecciones. Le enviaremos una carta describiendo lo que se hizo, y si su niño/niña tiene caries dentales.

Para participar en este programa **gratis**, por favor indique abajo:

SI ___ **NO** ___ quiero que mi hijo/hija participe en el programa de selladores dentales.

Nombre de niño/niña: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Por favor responde a las siguientes preguntas:

1. ¿Su hijo/hija está bajo de tratamiento medico para alguna enfermedad? **SI** _____ **NO** _____
2. ¿Su hijo/hija está tomando algún medicamento? **SI**, cual: _____ **NO** _____
3. ¿Su hijo/hija ha tenido una reacción alérgica? **SI** _____ **NO** _____
Si tuvo una reacción alérgica, ¿cuál fue la causa? _____
4. ¿Su hijo/hija tiene un dentista? **SI**, Nombre: _____ **NO** _____
5. ¿Cuando fue la última vez que su hijo/hija fue al dentista? 6 meses ___ 1 año ___ 3 años ___ Nunca ___
6. ¿Su hijo/hija tiene aseguranza (seguro)? **SI** _____ **NO** _____ Si tiene aseguranza, es:
___ Aseguranza privada ___ Medicaid (Dentaquest o MCNA) o Florida KidCare ___ Otra
Si tiene Medicaid o KidCare, por favor indique el número: _____

Indico con mi firma que mi hijo/hija puede recibir selladores dentales, exámenes dental y tratamientos de fluoruro.

Firma de padre/guardian: _____

Fecha: _____

Número de teléfono: _____

Permiso para fotografías

Yo doy permiso al **United Way of North Central Florida** y la **Universidad de la Florida, Facultad de Odontología** tomar fotografías o video de mi hijo/hija para fines educativos, promocionales, o cualquier otros fines. Con mi firma, dejo saber que entiendo que no habrá pago por el uso de las fotografías.

Firma: _____

