

Estimado Padre/Tutor:

Profesor/Clase: _____

Un programa dental gratuito pronto será ofrecido a su hijo(a) por el Colegio de Odontología de la Universidad de la Florida. El objetivo de nuestro programa es ayudar a prevenir las caries dentales y mejorar la salud oral para los niños en nuestra comunidad. Ofrecemos evaluaciones dentales, barniz de flúor y sellantes dentales. Las evaluaciones dentales que ofrecemos no reemplazan un examen completo realizado en una oficina dental. Su hijo(a) debe visitar a su dentista regularmente. Los sellantes dentales se ofrecerán acorde con la edad del niño para su mayor beneficio. La Higienista dental evaluará los dientes de su hijo(a) y decidirá cuáles dientes posteriores necesitan ser sellados. El material de sellantes dentales será colocado sobre los dientes seleccionados para prevenir la acumulación de comida y bacteria causantes de las caries dentales. Para los estudiantes del 1er grado, se revisarán los sellantes de nuevo en 2nd grado, para estar seguros que los sellantes están aun presentes y aplicar el Barniz de Flúor. En ese momento, repararemos o re-emplazaremos cualquier sellante que se haya partido o caído. También ofrecemos la aplicación opcional de Barniz de Flúor. No existen riesgos asociados con la aplicación de flúor o sellantes dentales, estos procedimientos son seguros, no causan dolor, fáciles de aplicar y ayudan a prevenir las caries dentales. Este programa se lleva a cabo con la colaboración de La Fundación Educativa de Niños de Naples y el Colegio de Odontología de La Universidad de la Florida.

Por favor llene, firme y devuelva esta planilla a la escuela inmediatamente

Nota al Padre/Tutor: El barniz de flúor debe ser aplicado una vez cada tres meses. Si su hijo(a) recibió una aplicación de flúor en los últimos 3 meses, en la oficina de su dentista o su pediatra, usted solo debe autorizar que su hijo(a) reciba la evaluación dental y los selladores dentales.

Consentimiento para Evaluación Dental, Sellantes Dentales y Barniz de Flúor

Yo, como padre o guardián legal del niño(a) mencionado a continuación, autorizo a la Universidad de la Florida programa de extensión comunitaria, sus odontólogos y/o Higienistas Dentales a realizar evaluaciones, aplicar sellantes y/o barniz de flúor cuando sea apropiado.

Nombre del niño(a): _____ Fecha de nacimiento: _____

Quiero que mi hijo(a) reciba: (Por favor marque solo una de las opciones de abajo)

- Evaluación/Sellantes/Flúor
 Solo Evaluación/Sellantes
 Solo Evaluación/Flúor
 Solo Evaluación

Por favor responda las siguientes preguntas:

- ¿Su hijo(a) tiene algún problema serio de salud? SI NO
Si su respuesta es afirmativa por favor explique: _____
- ¿Su hijo(a) está tomando algún medicamento? SI NO
Si su respuesta es afirmativa por favor lístelos: _____
- ¿Su hijo(a) tiene alguna alergia o reacción alérgica? SI NO
Si su respuesta es afirmativa por favor explique: _____
- ¿SU hijo(a) tiene dentista? SI NO
Si su respuesta es afirmativa por favor escriba el nombre: _____
- La visita al dentista más reciente de mi hijo(a) fue alrededor de: (Marque uno)
 6 meses 12 meses 3 años 5 años Nunca ha ido al dentista

Con mi firma, reconozco la información anterior y doy mi consentimiento al tratamiento dental mencionado para el niño a continuación.

Padre/Tutor/ Nombre (Imprima): _____ Número de teléfono: _____

Padre/Tutor/Firma: _____ Fecha: _____