

FREE

Solicitud de Autorización para el Programa Escolar de Flúor Dental



Sunset View Elementary

Día del evento: 1-2 de Abril 2021

Nombre del estudiante: Apellido _____ Nombre de pila _____

Género del estudiante: Hombre Mujer Otro Fecha de nacimiento del estudiante ____/____/____

¿Usted quiere que pongamos varnis del flúor por los dientes de su hijo(a)?

Sí. Quiero que se le aplique el flúor a los dientes de mi hijo(a).

No. No quiero que se le aplique el flúor a los dientes de mi hijo(a).

Padre / tutor firma se necesita debajo.

¿En qué grado está el estudiante? _____

¿El estudiante es Hispano o Latino? Sí No

¿El estudiante tiene seguro dental?

Sí No

¿Cuál es la raza del estudiante? (Elija una o más respuestas)

Nativo Americano De las Islas Pacíficas

Afroamericano (negro) Asiático

Blanco

Si marcó "No", su hijo puede ser elegible para un seguro de salud gratuito o de bajo precio

¿Estarías interesado en obtener seguro de salud o de dental para su hijo?

Consentimiento: Autorizo a Community Health Connect, Utah County Health Department, MTec, y a cualquier otra persona asociada con ellos o que les preste ayuda, a administrar la aplicación de flúor para prevenir caries en los dientes de mi hijo(a). Acepto cualquier riesgo posible, incluido, pero no limitado a la inflamación temporal de las encías en casos extremadamente raros. He tenido la oportunidad de leer información sobre el flúor y se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas. Si tiene más preguntas, por favor llame (801)-818-3012 y hable con Rachel Lovejoy.

Firma del padre/ guardian legal _____

Fecha de la firma ____/____/____

Dirección _____

Número telefónico _____



FOR OFFICE USE ONLY:

Teeth Have Been Varnished:

YES No

Students Level of Oral Health:

LEVEL 1 2 3