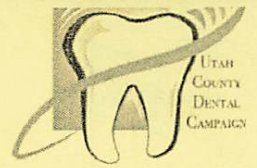


**FREE**

# Solicitud de Autorización para el Programa Escolar de Flúor Dental



Sunset View Elementary

Día del evento: 30 de Septiembre 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