

SMILES ON WHEELS

Formulario de consentimiento de los padres

Programa gratuito de barniz de flúor

Smiles on Wheels 517-740-7422

la edad del niño _____

Nombre del Niño _____

Segundo nombre del Niño _____

Apellido del Niño _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Número telefónico: _____ Número de teléfono celular: _____

Fecha de nacimiento: Mes/Día/ año ____/____/____ Masculino ____ Femenino ____ Otro ____ Altura ____ Peso ____

¿Cuáles de los siguientes se describe su niño? (marca uno o más)

____ Negro/Afro American ____ Blanco ____ Hispano/Latino ____ Asiático ____ Indo Americano/ Alaskeño
____ Hawaiano/ Otro nativo de las islas pacifico ____ Árabe Americano ____ Otro

La caries dental es una de las enfermedades más comunes que se encuentran en los niños. El barniz de flúor puede ser pintado en los dientes para proteger los dientes de las caries. El barniz de flúor se puede aplicar hasta 4 veces al año.

Historia de la salud:

1. ¿Tiene su niño cualquier alergia? Sí NO ¿si tiene una alergia, que es? _____
2. ¿Tiene su niño un alergia a la savia del pino?(el barniz de flúor pueda tener un tamaño pequeño de la savia del pino) YES NO
3. ¿Esta su niño tomando algunas medicaciones? Sí NO ¿ Si está tomando algo, que es? _____
4. ¿Tiene su niño algunas condiciones medicas como la cardiopatía, el asma, la fiebre del heno, la hepatitis, o el cáncer, la diabetes, etcétera? YES NO ¿Si tiene algo, que es? _____
5. ¿Tiene su hijo de aprendizaje o discapacidades emocionales? Sí NO _____

No pago se requiere de usted para este programa. Sin embargo, Medicaid, Healthy Kids, Dental / MI Niño y otros seguros dentales deben ser facturados a ayudar a cubrir el costo de este programa. Por favor llene la información del seguro.

SÍ, doy mi permiso para que mi niño recibir:
____ Barniz de Fluoruro, Presentación Oral, Limpieza Dental

Nombre del sitio: _____

NO, no doy mi permiso para que mi hijo reciba
____ Barniz de Flúor o una exhibición Oral

Fecha: _____

Nombre impreso de padre _____

Firma del padre o tutor _____

Dirección de correo electrónico del padre o tutor _____

Sonrisas en Ruedas tiene mi permiso a usar fotos de mi niño para propósitos educacionales o promocionales. SÍ No

Este consentimiento será válido para el período de 12 meses de este programa.

Contacto Higienista dental por email: smilesonwheels@hotmail.com Kim Crabtree RDH, RDA Betsy Southern RDH

Número de medicad: _____ Nombre del Seguro: _____

Nombre del Asegurado: _____ Padres - Fecha de Nacimiento: _____ - _____ - _____

Número de grupo: _____ Número de póliza / ID _____

Número de seguro social del asegurado: _____ - _____ - _____

Empleador Asegurado: _____ Número: _____

Date ____ RDH ____ AD/CH prophy ____ Varnish ____ Screen ____ # teeth ____ Fills ____ Cavities _____

SP Needs-yes/no Urgent/Abscessed# _____ White spots _____