



Classroom Dental Consent Form

Nombre completo _____ Género: M F Fecha de cumpleaños: __/__/__
del niño: Nombre de pila apellido

Escuela: _____ Salón de clases/El profesor: _____ (un círculo) AM PM Día Completo

Best Dental Help es un programa de salud bucal sin fines de lucro. Nuestra misión es PREVENIR la caries dental en los niños. La escuela de su hijo ha decidido incluir Educación para la salud bucal en su plan de estudios. Con su permiso, un dentista o higienista dental examinará **los dientes de su hijo para comprobar si hay caries y puede aplicar barniz de flúor.** Se ha comprobado que estos servicios previenen las caries. Los resultados de la evaluación de su hijo se entregarán a los padres el día de la evaluación. Este servicio es SIN COSTO para usted o la escuela. Esto no reemplaza una visita dental completa recomendada dos veces al año, pero es una excelente introducción al cuidado dental por parte de un equipo profesional. Este programa se ofrece a todos los niños, especialmente a aquellos que de otro modo tendrían dificultades para acceder a la atención dental.

Mi hija/hijo tiene una Provider One tarjeta (Seguro de enfermedad, Apple Health, DSHS). Proporcione esta información para fines de facturación _____ WA

Preguntas: Póngase en contacto con Lauren Bursell, directora ejecutiva Lauren@BestDentalHelp.org o (206) 403-5081.

Consentimiento Para Exámenes Dentales (Marque solo uno)

Sí, quiero que mi hijo / estudiante participe en este programa preventivo de salud bucal. Los servicios incluyen evaluación oral, educación / instrucción sobre salud oral y barniz de flúor.

Sí, quiero que mi hijo participe, pero NO aplique barniz de flúor.

No, mi hijo / estudiante recibe atención dental regular de nuestro dentista.

Firma del Padre o Tutor: _____ Fecha: __/__/__

Nombre del Padre o Tutor (por favor imprimir): _____

Historial De Salud Del Niño:

¿Su hijo tiene alergias? Sí No En caso afirmativo, indique _____

¿Su hijo tiene alguna afección médica grave? Sí No En caso afirmativo, indique _____

Indique cualquier inquietud que pueda tener sobre los dientes de su hijo o cualquier cosa que le gustaría que sepamos antes de evaluarlo: _____

Tenga en cuenta que toda la información personal es privada y está protegida por la Ley HIPPA de 1996. Una copia completa de nuestra política de privacidad está disponible a pedido.

Para obtener más información, visite www.bestdentalhelp.com

OFFICE USE ONLY

ABS MOV REF

Date: __/__/__ Initials: _____