



BRISTOL-BURLINGTON HEALTH DISTRICT  
 240 Stafford Avenue, Bristol, Connecticut 06010-4617  
 Tel. (860) 584-7682 • Fax (860) 584-3814 • [www.bbhd.org](http://www.bbhd.org)

**Escuela Programa de Salud Dental K – 8**  
**Formulario de Permiso /Ano Escolar 2019 - 2020**

Estimado Padre Legal / tutor:

Como parte de servicios de salud escolar, el distrito de salud de Bristol-Burlington (BBHD) ofrece un programa de Salud Dental. Un niño inscrito en este programa se ofrecerá Limpiezas dentales, evaluación del riesgo de caries (cavidad) y tratamientos de fluoruro por nuestra Higienista Dental registrada (RDH). La investigación muestra que los niños pequeños pueden beneficiarse enormemente de odontólogos en todo el año. Por lo tanto, fuertemente recomendamos inscribir a su hijo en este programa. Sin ningún costo a la familia para este servicio.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Dirección del estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela de estudiante: \_\_\_\_\_

Padre/tutor(es) nombre(s): \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

SI\* o  NO, no lo dar consentimiento para que mi hijo a tratarse en la escuela y recibir los servicios de salud lo considere necesario la escuela Higienista Dental de registrado, incluyendo limpiezas, una evaluación del riesgo de caries y fluoración.

Padre/Tutor nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 \* Si usted marcó Sí encima, ¿qué tipo de seguro dental tiene su hijo?  Privado  HUSKY  Ninguna

Estudiante de Dental & Historia de la salud

¿Tiene su hijo a un dentista?  Si  No en caso afirmativo, nombre del dentista: \_\_\_\_\_

Última visita del niño a Dentist \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ ¿qué procedimientos fueron realizados en su hijo?  
 Teeth limpieza  X-rayos  Fluoride tratamiento  Fillings  Other: \_\_\_\_\_

¿Toma su hijo algún medicamento?  Si  No en caso afirmativo, sírvase enumerarlos a continuación: \_\_\_\_\_

¿Su niño tiene alergias a medicamentos, látex u otros?  Si  No  
 Si responde sí, indíquelos: \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene una discapacidad o deterioro?  Si  No En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene o ha tenido alguna de las siguientes?  
 Asma  Sí  No      Cáncer  Sí  No      Sangre trastorno  Sí  No  
 Hepatitis  Sí  No      Epilepsia  Sí  No      Cardíaco congénito defecto  Sí  No  
 VIH/SIDA  Sí  No      Fiebre reumática  Sí  No      Corazón murmurar  Sí  No  
 Diabetes  Sí  No      Tuberculosis  Sí  No      Estómago, hígado o riñón problemas  Sí  No

Otros problemas de salud, preocupaciones o condiciones: \_\_\_\_\_

Por favor Compruebe una para la siguiente pregunta y firme

Hago o  No, no lo dar consentimiento para la publicación e intercambio de información entre higienistas dentales registrados de la escuela y proveedor de dentista o médico de su niño para asegurar las necesidades de salud oral de su hijo se cumplen en la escuela.

Padre/Tutor nombre \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Una vez completado este formulario, envíelo a de la escuela salud Room.\* \*  
 Si usted tiene preguntas, póngase en contacto con Higienista Dental de su escuela