



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



PROGRAMA DE SALUD DENTAL ESCOLAR K - 8º grado Formulario de permiso / año escolar 2022-2023

Estimados padres / tutores legales:

Como parte de los Servicios de Salud Escolar, el Distrito de Salud de Bristol-Burlington (BBHD) ofrece un Programa de Salud Dental. Nuestro higienista dental registrado (RDH) ofrecerá a un niño inscrito en este programa una evaluación de riesgo de caries, tratamiento con flúor y limpiezas dentales. La investigación muestra que los niños pequeños pueden beneficiarse enormemente de la atención dental brindada durante todo el año. Por lo tanto, le recomendamos que inscriba a su hijo en este programa. **No hay ningún cargo para la familia por este servicio.**

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___

Grado del niño: _____ Maestro: _____

Dirección del alumno: _____

Nombre (s) del padre (s) / tutor (es): _____

Números de teléfono de los padres / tutores: _____

¿Verifica el tipo de seguro dental que tiene su hijo? _____ Ninguno _____

Si HUSKY: Proporcione el Cliente HUSKY o el número de identificación del estudiante: _____

Historia dental y de salud del estudiante

¿Tiene su hijo un dentista? ___ Si ___ No

Nombre y número de teléfono del dentista del niño: _____

Última visita del niño al dentista ___ / ___ / ___ ¿Qué procedimientos se realizaron en su hijo?

___ Limpieza de los dientes ___ Rayos X ___ Tratamiento con fluoruro ___ Rellenos ___ Otros: _____

¿Toma su hijo algún medicamento? ___ Si ___ No En caso afirmativo, por favor enumere a continuación:

continuó en la parte trasera



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



¿Su hijo tiene alguna alergia a medicamentos, látex u otros? Sí No

En caso afirmativo, indique: _____

¿Tiene su hijo una discapacidad y / o discapacidad? Sí No En caso afirmativo, describa continuación:

¿Su hijo tiene o alguna vez ha tenido alguno de los siguientes?

Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	No Problemas estomacales, hepáticos o renales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Trastorno de la sangre	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Hepatitis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones / Epilepsia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
VIH / SIDA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fiebre reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Defecto cardíaco congénito	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Soplo cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Otros problemas de salud, preocupaciones o condiciones:

Marque una para cada una de las siguientes preguntas y firme a continuación

HAGO o NO doy mi consentimiento para que mi hijo reciba servicios que incluyen limpiezas dentales, una evaluación de riesgo de caries, tratamiento con flúor.

HAGO o NO doy mi consentimiento para el intercambio y divulgación de información entre el higienista dental registrado de la escuela, el personal de la escuela y el proveedor de atención médica de su hijo para garantizar que se satisfagan las necesidades educativas y de salud de su hijo en la escuela.

Nombre del padre

tutor legal Firma

Fecha

** Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el higienista dental registrado de la escuela.
 Al completar este formulario, devuélvalo a la sala de salud de la escuela. **