



DISTRITO DE SALUD BRISTOL-BURLINGTON  
 240 Stafford Avenue, Bristol, CT 06010  
 Tel. 860-584-7682 • Fax. 860-584-3814 • www.bbhd.org

**PROGRAMA DE SALUD DENTAL ESCOLAR K-8**  
**Formulario de Permiso / Año Escolar 2018- 2019**

**Estimado (s) padre (s) / tutor (es) legal (es):**

Como parte de los Servicios de Salud Escolar, el Distrito de Salud de Bristol-Burlington (BBHD) ofrece un Programa de Salud Dental **gratuito**. Con su consentimiento para inscribir a su hijo en este programa, él / ella recibirá un examen dental de nuestro Higienista Dentales Registrados en la Escuela (RDH). Además, el higienista/o dental registrado de la escuela proporcionará una limpieza dental según lo necesitado. Le recomendamos que inscriba a su hijo en este programa, incluso si tiene un dentista regular. Las investigaciones muestran que los niños pequeños pueden beneficiarse enormemente de la atención oral proporcionada durante todo el año.

Es **esencial** que tengamos información actualizada sobre su hijo para que podamos ofrecerle la mejor atención oral posible y podremos contactarle en caso de una emergencia de salud dental. Los padres de los niños que participan en el Programa de Salud Dental de BBHD **DEBEN** completar este formulario de permiso cada año escolar.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dirección del estudiante: \_\_\_\_\_

Padre (s) / Guardián (es) Nombre: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de los padres / tutores: \_\_\_\_\_

Grado del niño: \_\_\_\_ Maestro: \_\_\_\_\_ ¿Su hijo tiene un dentista? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_

Nombre del dentista del niño: \_\_\_\_\_ Última visita al dentista del niño \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

¿Qué tipo de seguro dental tiene su hijo? Privado \_\_\_\_\_ Husky \_\_\_\_\_ Ninguno \_\_\_\_\_

Problemas actuales de **salud** (es decir, soplo cardíaco, cirugía, alergias, etc.):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(Continúe hacia atrás si se necesita más espacio)

Problemas **dentales** actuales (es decir, frenos, extracciones, cirugía, etc.):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Por favor, marque una de las siguientes opciones:**

**Yo Si \_\_\_\_ Yo No \_\_\_\_ doy mi** consentimiento para que mi hijo reciba una limpieza dental y / o un examen de los dientes por parte del higienista dental registrado en la escuela.

\_\_\_\_\_  
**Firma del padre / tutor legal**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su higienista dental registrado de la escuela.**

**\*\*\* Por favor regrese este formulario a la sala de salud escolar. Gracias.**