



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



PROGRAMA ESCOLAR DE SALUD DENTAL K-8 grado
Formulario de permiso/Año escolar 2023-2024

Estimado(s) Padre(s)/Tutor(es):

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 estudiante _____

Padre(s)/tutor(es) Nombre(s): _____ Teléfono: _____

¿Qué tipo de seguro(s) dental(es) tiene(n) su hijo? HUSKY _____ Ninguno _____ Privado _____

Si HUSKY por favor proporcione el cliente o ID# _____

HISTORIA DENTAL Y DE SALUD DEL ESTUDIANTE

¿Tiene su hijo un dentista? Si No Nombre y número de telephone del dentista del niño; _____

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

____ Limpieza de los dientes _____ Ravos X _Tratamiento con fluoruro _____ Rellenos Otros: _____

¿Toma su hijo algún medicamento? Si No En caso afirmativo, describa continuación;

¿Su hijo tiene alguna alergia a medicamentos, látex u otros? ____Sí ____No

En caso afirmativo, indagué: _____

¿Tiene su hijo una discapacidad v/o discapacidad? ____Si ____No En caso afirmativo, describa continuación;

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

Asma ____Si ____No Cáncer ____Si ____No Trastorno de la sangre ____Si ____No Diabetes ____Si ____No

Epilepsia ____Si ____No Defecto cardiaca congénito ____Si ____No Sopla cardiaco ____Si ____No

Otros problemas de salud, preocupaciones o condiciones: _____

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

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

_____ **Hago** _____ **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 medica de su hijo para garantizar que se satisfagan las necesidades educativas u 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