FLUORIDE VARNISH

Dear Parent:

A protective coating called fluoride varnish will be applied to your child's teeth as a preventive measure against tooth decay along with an oral health assessment, by a representative of the Children's Dental Health Clinic.

To receive these free services you must provide consent.

____ **Yes**, I want my child to receive fluoride varnish and oral assessment
(Please fill in the bottom of this form)
____ **No**, I do not want my child to receive these preventive services.

*Name of Child :*_____ Date of Birth:_____

Male: ____ Female: ____ Race: _____ WIC Recipient? Yes _____ No _____

School _____Teacher: _____ Room: _____

Home Address: _____ Phone _____ Zip: _____

Do you have dental insurance? Yes: ___ No: ___ If yes, name of insurance: _____

Parent/Guardian's name: _____
Please print

HEALTH HISTORY

1. Has your child ever had serious health problems? No: __ Yes: __If yes, please explain:

_____

2. Does your child have any allergies? No: ____ Yes: ____ If yes, please list:

_____

Parent Signature:_____ Date: _____

**** This service does not replace a comprehensive examination.
We recommend that a dentist regularly examine your child. ****

FOR OFFICE USE ONLY

Comments_____ Screening Results
1 2 3 4 5 6

Varnish placed on: ____/____/_____ by: _____
_____

4

PROGRAMA DE BARNIZ DE FLUORURO

Estimados Padres:

Una persona de La Clínica Dental para Niños con licencia applicara una barrera protectora llamada barniz de fluoruro y chequeo visual. Este barniz fortalece los dientes y los hace mas resistentes contra las caries.

Para recibir estos servicios sin-costo usted nos debe proveer este consentimiento.

____ **Si,** quiero que mi hijo (a) recibe el barniz de fluoruro
(por favor, complete la parte de abajo de esta forma)
____ **No**, deseo que mi hijo (a) recibe este servicipo.

*Nombre del Niño (a):*_____ Fecha de Nacamiento:_____

Masculino: _____ Feminina: _____ Raza: _____¿Tiene WIC ? Si_____No _____

Centro : _____Maestra:_____ Salón: _____

Domicilio: _____ Téléphona _____

¿Tiene aseguranza dental? Si: __ No: __ Si, Nombre de la aseguranza:_____

Nombre de los Padres/Guardián: _____

HISTORIAL MEDICA

1. ¿Su hijo (a) alguna vez a tenido algún problema de salud serio? No___ Si ____

_____ _____

2.¿Tiene su niño (a) allejias? _____

*Firma de los Padres*_____ Fecha: _____

*** Este servicio no reemplaza un examen para una completa evaluacion.
Es nuestra recomendacion es que su dentista lo(a) vea regularmente.****

FOR OFFICE USE ONLY

Comments_____ Screening Results _1___2___3___(4)___5___6__

Varnish placed on: ____/____/_____ by: _____