

**Sealants for Smiles**  
**Padre/ Madre o Tutor(a) Forma de Autorización**



Solamente para uso oficial: Student ID:

Un programa dental GRATUITO será presentado en la escuela de tu hijo(a). Este programa por el cual se ayuda a prevenir caries dental, es para el segundo y sexto grado. Un dentista examinará los dientes de tu hijo(a) y decidirá que dientes necesitan selladores dentales (selladores de focetas y fisuras), Posteriormente una higienista dental aplicará selladores dentales en los dientes de tu hijo(a), esto ayudará a prevenir que comida y bacteria causen caries dental. Los selladores de tu hijo(a) serán revisados probablemente el año siguiente y en caso necesario se aplicarán nuevos selladores dentales. Porfavor complete esta forma hoy y su hijo(a) necesitará llevar la forma a su profesor(a).

**IMPORTANTE: Es necesario que la forma sea firmada por usted, ya sea su respuesta Si o No!**

Nombre del alumno: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_  Masculino  Femenino

Nombre del padre/madre Tutor (Porfavor nombre escrito): \_\_\_\_\_

Direccion Particular: : \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Numero Telefonico Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_ Profesor(A) \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

**PORFAVOR MARQUE UNA DE LAS DOS OPCIONES Y POSTERIORMENTE FIRME.**

**SI**, deseo que mi hijo(a) reciba **SELLADORES DENTALES**.

**NO**, no deseo que mi hijo(a) reciba **SELLADORES DENTALES**.

▶▶▶▶ \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Madre o Tutor

**RAZA Y ETNICIDAD:** Porfavor marque todo lo applicable para su hijo(a).

- Hispano  Africo-Americano o Negro  Hawaiian / Originario de las Islas del Pacifico  
 Indio-Americano/ Nativo de Alaska  Asiatico  Blanco  Otro

**SALUD / HISTORIA DENTAL**

**SI**  **NO** ¿Su niño ha estado al dentista en los últimos 6 meses? Nombre del dentista: \_\_\_\_\_

**SI**  **NO** ¿Alguna vez tu hijo(a) ha presentado serios problemas de salud? En caso afirmativo, porfavor explique: \_\_\_\_\_

**SI**  **NO** ¿Tiene tu hijo(a) asma?

**SI**  **NO** ¿Es tu hijo(a) alergico(a) al latex?

**SI**  **NO** ¿Es tu hijo(a) alergico a la penicilina o cualquier otro medicamento? En caso afirmativo, porfavor enliste los nombres de los medicamentos. \_\_\_\_\_

Sin embargo Medicaid y otra aseguranza dental, ayudarán a cubrir el costo de este programa. **Si usted tiene Medicaid**, CHIP o otra aseguranza dental, porfavor escriba la información que usted tenga:

<input type="checkbox"/> <b>MEDICAID</b> Porfavor complete lo siguiente: <b>Su hijo(a)</b> Medicaid ID# _____
<input type="checkbox"/> <b>CHIP (Children's Health Insurance Program)</b> Porfavor complete lo siguiente: <b>Su hijo(a)</b> CHIP ID# 1 7 4 1 0 0 0 _____ o <b>Su hijo(a)</b> Social Security # _____ - _____ - _____
<input type="checkbox"/> <b>Otra Aseguranza Dental</b> – Nombre de la Aseguranza _____ <b>Porfavor copie la siguiente información como aparece en su tarjeta de CHIP o de otra Aseguranza Dental:</b> Nombre del Asegurado _____ Fecha de Nacimiento ____/ ____/ ____ Member ID # _____ - _____ - _____