

# Formulario de Certificación de Revisión Dental

Por favor, devuelva este formulario a la oficina de la escuela.

Es para los estudiantes que entran a la escuela por primera vez o tengan 7 años o menos de edad.

La ley estatal exige que los niños que entran a la escuela por primera vez o tengan 7 años o menos de edad, se sometan a una revisión dental antes de entrar a la escuela.

HB 2972 (2015)

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Inicial del Segundo Nombre) (Apellido)

## SI SU HIJO YA SE HA SOMETIDO A UNA REVISIÓN DENTAL

Mi estudiante ya se ha sometido a una revisión dental. *Por favor, llene esta sección, firmela y coloque la fecha.*

Proveedor: \_\_\_\_\_ Fecha de la última revisión dental: \_\_\_\_\_

No sé si mi estudiante se ha sometido a una revisión dental.

**Padre/Tutor:**

Nombre: ✍ \_\_\_\_\_

Firma ✍ \_\_\_\_\_ Fecha ✍ \_\_\_\_\_

**Por favor, marque todo lo que corresponda para la certificación de la revisión dental:**

- (1)** Ya presentamos un formulario de certificación en una escuela anterior.
- (2)** La revisión dental es contraria a las creencias religiosas del estudiante o de su familia.
- (3)** Mi estudiante tiene un proveedor de servicios dentales y recibe exámenes/exámenes anuales. **Asegúrese de llenar el proveedor y la fecha del examen arriba.** *\*Elegible para participar en los servicios dentales ofrecidos en la escuela (vea página 2).*
- (4)** La revisión dental es una carga.  
**Si ha marcado la casilla (4), marque una de las casillas a continuación.**

*La revisión dental es una carga para el estudiante o el padre o tutor del estudiante cuando:*

- El costo para obtener la revisión dental es demasiado alto;
- El estudiante no tiene acceso a un examinador o;
- El estudiante no pudo obtener una cita con un examinador

Modificado del Formulario 1468-1

# CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS DENTALES OFRECIDOS EN LA ESCUELA

Las Escuelas Públicas de Springfield se asocian cada año con los Centros de Salud de la Comunidad del Condado de Lane para realizar un examen dental visual rápido a todos los estudiantes del distrito en kindergarten, primer y segundo grado para ayudar a cumplir con el HB 2972. Los servicios dentales adicionales pueden incluir cualquiera o todos los siguientes servicios: exámenes de higiene, limpieza de dientes, tratamientos de barniz de flúor, sellantes y sellantes temporales a los estudiantes de la escuela primaria y media.

---

**Por favor, marque todo lo que corresponda para los servicios dentales:**

- (A) Doy permiso para que mi estudiante participe en **todos** los servicios dentales mencionados anteriormente, en la escuela por los socios de la comunidad.
- (B) Doy permiso para que mi estudiante participe en el **examen oral**; una mirada rápida dentro de la boca de los estudiantes en busca de signos evidentes de problemas dentales.
- (C) Doy permiso para que mi estudiante participe en los servicios de **barnizado con flúor**.
- (D) Doy permiso para que mi estudiante participe en los **servicios de sellado**.
- (E) **Optar por no participar** - No doy permiso para que mi estudiante participe en ninguno de los servicios dentales mencionados en A, B, C o D.  
*Asegúrese de rellenar el proveedor y la fecha del examen en la página 1.*

**\*\* Para A, C, y D, un formulario de permiso separado (enviado a casa por la escuela en el otoño) debe ser presentado a, o en el archivo de, los Centros de Salud Comunitarios del Condado de Lane para participar. Póngase en contacto con el asistente de salud en la escuela de su estudiante para obtener un formulario adicional si es necesario. \*\***

**Padre/Tutor:**

Nombre ✍️: \_\_\_\_\_

Firma ✍️ \_\_\_\_\_ Fecha ✍️ \_\_\_\_\_