

**CONSENTIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DEL BARNIZ DEL FLUORURO**

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del estudiante \_\_\_\_\_  
Nombre del padre/ Guardián \_\_\_\_\_ Teléfono del padre/ Guardián \_\_\_\_\_  
Domicilio del padre/ guardián \_\_\_\_\_  
Escuela del estudiante \_\_\_\_\_ Género del estudiante \_\_\_\_\_  
Maestro/a del estudiante \_\_\_\_\_ Nivel de Grado del estudiante \_\_\_\_\_

**Pertenencia étnica:**  Americano blanco/caucásico  
 Asiático  
 Hispano  
 Nativo americano  
 Negro/afroamericano

**Idioma preferido:**  Español  
 Inglés  
 Otro \_\_\_\_\_

*Como el padre o guardián legal del niño antedicho, entiendo que el barniz del fluoruro es un modo eficaz de mejorar la salud oral de su niño en un esfuerzo para prevenir las caries dolorosas, cuidado dental costoso y ausencias de la escuela. Doy mi permiso para que mi niño/a reciba la aplicación de barniz de fluoruro.*

**\*\* Si su hijo tiene una alergia a pino es posible que ellos puedan tener una reacción alérgica al barniz de fluoruro.**

Salina Family Healthcare Center está cubriendo los costos de estos servicios, pero requiere toda información disponible de la cobertura de KanCare para los propósitos de la facturación. **Entiendo que NO seré responsable de pagar ninguna porción de estos servicios.** Autorizo por este medio a Salina Family Healthcare Center para revelar la información pedida por el programa de KanCare que es necesaria para procesar las demandas y para autorizar el pago directamente a Salina Family Healthcare Center Clinica Dental.

\_\_\_\_\_ Mi niño está cubierto bajo KanCare # \_\_\_\_\_ o seguro social \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Mi niño no tiene ninguna cobertura dental.  
\_\_\_\_\_ Mi niño tiene seguro dental de una compañía privada.

**Para seguro Dental privado solamente:**

Nombre del Titular de la Póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Compañía de Seguros: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección de la compañía de seguro: \_\_\_\_\_  
Número de ID de grupo: \_\_\_\_\_ Número de Miembro ID: \_\_\_\_\_

**Firma de Padre/ Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

Screened By: \_\_\_\_\_  
Fluoride Applied By: \_\_\_\_\_  
Date Performed: \_\_\_\_\_