Estimado Padre o Guardian:

La escuela de su hijo estará ofreciendo evaluación bucal gratis. La evaluación será hecha por un Registrado Higienista Dental esto no es un sustituto de un examen por parte de un dentista y de ninguna manera interfiere con el tratamiento recibido por un dentista. Una copia del informe de evaluación será enviada a casa con su hijo.

Kansas State Statute 72-6251 requiere que todos los estudiantes del distrito se evaluaran a menos que haya una notificación de un padre / guardián de lo contrario. **Si usted no desea que su hijo participe en este examen de salud oral gratis, por favor, complete la parte de abajo de esta carta.**

Además de los exámenes de salud oral, la aplicación del barniz también estará disponible **a ningún costo**. La aplicación toma menos de 1 minuto, no causa dolor, y trabaja para fortalecer los dientes y prevenir las caries. Su hijo puede beneficiarse de el barniz incluso a un si él/ella ya utiliza pasta dental con fluoruro o si bebe agua con fluoruro.

Para que su estudiante pueda recibir la aplicación del fluoruro GRATIS, el "consentimiento para la aplicación del fluoruro " en la parte posterior de esta carta tiene que ser completada y de regreso a la escuela para el **2 de diciembre 2025.**

**Su hijo\a será evaluado diciembre 8-11, 2025.**

¡Gracias por su cooperación!

Sinceramente,

*Alysha Pierce*
Enfermera de la escuela

---

**Nada más firme si usted no quiere que su hijo/a sea evaluado.**

Escuela: _____ Maestra:_____

Nombre del estudiante: _____Grado:_____

Firma del Padre/Guardián: _____

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

SALINA FAMILY HEALTHCARE CENTER | Dental
Phone 785-826-9017 Fax 785-826-9161

# 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 cubertura 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:_____