

**Programa Dental Kinder Care**  
(FAVOR DE IMPRIMIR EN PAPEL BLANCO)

**Estimados Padres:**

En la escuela de su hijo/a se ofrecerá un programa dental gratuito el \_\_\_\_\_. Este programa es primordialmente para niños de edad Pre-escolar y Kinder y para mujeres embarazadas. El programa ayuda a detener las caries dentales al poner barniz fluoruro sobre cada diente de su hijo/a; esto fortalece y protege los dientes. El barniz fluoruro es una resina que contiene fluoruro concentrado el cual se unta sobre cada diente como si fuera esmalte en las uñas.

Un dentista o especialista en higiene bucal registrado evaluará los dientes de su hijo/a y decidirá cuales dientes necesitarán tratamiento. Esos dientes serán cubiertos con barniz fluoruro.

**Por favor llene esta forma hoy. Su hijo/a la devolverá a su maestro.**

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa \_\_\_\_\_  
Maestro/a \_\_\_\_\_ Cuarto \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

**MARQUE LAS QUE APLIQUE**

\_\_\_\_ **Sí** le doy permiso a mi hijo/a para que participe en la evaluación del Programa Dental Kinder Care.  
(Por favor llene la forma entera y firmela)

\_\_\_\_ **Sí** quiero que mi hijo/a reciba el barniz fluoruro dental.

\_\_\_\_ **No** quiero que mi hijo/a reciba el barniz fluoruro dental.

\_\_\_\_ **No** le doy permiso a mi hijo/a para que participe en la evaluación del Programa Dental Kinder Care.  
(Por favor firme la forma)

**Historial de Salud**

		No	Sí	No se
1.	¿Ha tenido su hijo/a fiebre reumática o enfermedad de corazón reumática?			
2.	¿Le ha dicho su doctor o dentista que su hijo/a necesita tomar antibióticos (penicilina) antes de que le den cuidado dental?			
3.	¿Es su hijo/a alérgico/a a la penicilina?			
4.	¿Es su hijo/a alérgico/a al Látex o tiene alguna otra alergia?			
5.	¿Ha tenido su hijo/a tuberculosis (TB) alguna vez?			
6.	¿Tiene su hijo/a alguna enfermedad o condición de salud que requiere o no tomar medicamento regularmente? (por ejemplo: epilepsia, diabetes, asma o enfermedades de sangre)			
7.	¿Ha tenido su hijo/a algún problema de salud serio?			
Si respondió <b>Sí</b> explique:				

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha