

## CONSENTIMIENTO PARA SELLANTES DENTALES

### LLENADA POR LOS PADRES O TUTOR

Nombre y apellido del niño

Fecha de nacimiento  
(mes/día/año)

Escuela

Nombres y apellidos de los padres (o tutores)

Maestra

Dirección

Grado escolar

Número de teléfono del hogar

Número de teléfono celular

Condado

Por favor, ponga un círculo alrededor de la opción correcta en cada una de las siguientes preguntas:

¿Recibe su niño Medicaid?    Sí    No

Si la respuesta es 'Sí', escriba el número de identificación Medicaid: \_\_\_\_\_

¿Recibe su niño NC Health Choice?    Sí    No

Si la respuesta es 'Sí', escriba el número de identificación Health Choice: \_\_\_\_\_

Historia de la salud:    ¿Su niño ha tenido alguna de las siguientes condiciones? (Por favor haga un círculo alrededor de Sí o No para cada una de las condiciones)

Sí    No    Diabetes

Sí    No    Epilepsia

Sí    No    Alergia al Latex

Sí    No    Otras alergias (descripción) \_\_\_\_\_

Sí    No    Asma    Si tiene asma y usa un inhalador en la escuela, ¿es necesario que el niño tenga el inhalador durante el tratamiento dental?

Sí    No    alguna otra condición médica (explique por favor) u otros comentarios:

¿Cuáles medicamentos recibe el niño?: \_\_\_\_\_

### Marque Sí o No. Firme su nombre y escriba la fecha en el formulario

#### \_\_\_ Sí:

- Doy mi consentimiento para que le hagan a mi niño un examen visual de los dientes para determinar cuáles necesitan aplicarse selladores; y
- Doy mi consentimiento para que apliquen los selladores a los dientes de mi niño; y
- Doy mi permiso a la Oficina de Salud Oral de Carolina del Norte para que se comunique con la enfermera de la escuela para clarificar cualquier pregunta sobre la historia de salud de mi niño.

**(Por favor haga una marca en Sí o No.)**

Entiendo que el personal de la Oficina de Salud Oral de Carolina del Norte me notificará si mi niño necesita otro tratamiento dental. Es mi responsabilidad conseguir el tratamiento. Puedo llamar a la higienista dental de salud pública para que me ayude encontrar tratamiento para mi niño. **También, entiendo que esto no asegura que mi hijo estará incluido en este proyecto.**

\_\_\_ **No, no quiero que mi hijo participe.**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre (tutor)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**POR FAVOR, DEVUELVA ESTE FORMULARIO MAÑANA A LA MAESTRA DE SU NIÑO  
EN EL SOBRE PROVISTO. POR FAVOR, CIERRE EL SOBRE.**

**¡GRACIAS!**

