



Grado: \_\_\_\_\_  
 Maestro: \_\_\_\_\_  
**Solo para uso interno**  
 Núm. único de ID: \_\_\_\_\_

## Programa para la Mejora de la Salud Bucal Formulario de permiso de los padres

El Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas estará este año en la escuela de su hijo para proporcionar a los estudiantes una **EVALUACIÓN DENTAL LIMITADA GRATUITA**. La información recopilada en esta visita ayudará a los funcionarios de salud a entender y planificar las necesidades dentales de los niños en la zona donde usted vive. Los estudiantes que llenen los requisitos también podrán recibir los siguientes servicios preventivos sin costo alguno:

- Barniz de flúor: una capa protectora transparente para prevenir nuevas caries. Esto ayuda a detener la progresión de las caries más pequeñas.
- Selladores dentales: una capa delgada, del color de los dientes, que se aplica en las fosas y surcos profundos de las superficies masticatorias que son difíciles de limpiar.

**Marque la casilla correspondiente a continuación. Si contesta "Sí", llene el formulario en su totalidad y firme abajo.**

**Sí**, doy permiso para que mi hijo reciba una evaluación dental limitada y los servicios preventivos recomendados, a menos que aquí indique lo contrario:     **No** quiero barniz de flúor     **No** quiero selladores dentales

**NO** doy permiso para que mi hijo reciba servicios dentales gratuitos

Nombre del menor (nombre, apellido): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del padre, madre o tutor (nombre, apellido): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Sexo del menor:  Masculino  Femenino

Grupo racial o étnico del menor:  Blanco  Negro  Hispano  Asiático  Otro

Seguro dental del menor:  Privado  Medicaid  CHIP  No tiene seguro

¿Está su hijo inscrito en el programa de Almuerzo Gratuito o a Precio Reducido de la escuela?  Sí  No

**Sí**  **No**    ¿Toma su hijo alguna medicina actualmente? Si contesta "Sí", anote los medicamentos que toma actualmente: \_\_\_\_\_

**Sí**  **No**    ¿Es su hijo alérgico al látex? \_\_\_\_\_

**Sí**  **No**    ¿Es su hijo alérgico a alguna medicina? Si contesta "Sí", especifique a qué medicinas es alérgico: \_\_\_\_\_

**Sí**  **No**    ¿Tiene su hijo alguna enfermedad grave? (Encierre en un círculo todo lo que corresponda)

- Asma o problemas para respirar    Enfermedad del corazón    Hepatitis  
 Trastornos hemorrágicos  
 Presión arterial alta    Epilepsia o convulsiones    Otros: \_\_\_\_\_

**Sí**  **No**    ¿El médico de su hijo le ha dicho alguna vez que su hijo tiene un trastorno de aprendizaje, un trastorno físico o uno de la conducta?

Si contesta "Sí", explique a continuación:

- Sí**  **No**  
 **Sí**  **No**

¿Ha ido su hijo alguna vez al dentista por algún motivo?

En los últimos 12 meses, ¿ha ido su hijo al dentista para un chequeo dental de rutina?

Si contesta "Sí", anote el nombre del dentista o del consultorio:

---

Al firmar abajo, usted da permiso para que su hijo participe en la clínica dental preventiva del DSHS. Además, usted queda enterado de que la evaluación dental limitada NO reemplaza los chequeos dentales habituales. Debe seguir llevando a su hijo al dentista para que se le hagan chequeos dentales habituales dos veces al año como mínimo. Mantenemos la confidencialidad de los nombres. Por favor revise y firme el formulario anexo de Aviso de prácticas de privacidad. Si tiene alguna pregunta sobre la clínica, hable con la enfermera de su escuela o llame al Programa para la Mejora de la Salud Bucal del DSHS al (512) 776-2008.

**Firma del padre, madre o tutor:** \_\_\_\_\_

**Fecha:**