(Enter your logo here)

Con su consentimiento, a su hijo se le proporcionará una evaluación dental, educación de higiene bucal y un barniz tópico de fluoruro. Por favor firme la siguiente declaración y devuélvala a la escuela para que su hijo reciba los servicios rápidamente. Gracias por su participación.

**No habrá cargo por este servicio**

 **¿Qué es el barniz de fluoruro?**

El barniz de fluoruro es una cubierta que se pinta en los dientes de un niño para prevenir o detener las caries.

**¿Por qué es recomendado el barniz de fluoruro?**

Las caries pueden causar dolor e infecciones que pueden ser dañinas para la salud general de los niños y pueden causar problemas para comer, hablar, jugar y aprender. El barniz de fluoruro hace los dientes más fuertes, evita que las caries se agranden y previene que se formen nuevas caries.

 **¿Es seguro el barniz de fluoruro?**

Sí. El barniz de fluoruro es seguro para niños de cualquier edad; es usado en los bebés desde el momento en que les salen sus primeros dientecitos.

 **¿Cómo se aplica el barniz de fluoruro en los dientes?**

El barniz de fluoruro se pinta en los dientes con una brocha. El personal de salud de la escuela de su hijo está entrenado para hacerlo fácil y rápidamente. No hay dolor y el barniz no tiene mal sabor. El barniz puede cambiar el color de los dientes justo después de haber sido aplicado. Algunos tipos de barniz harán que los dientes luzcan amarillentos mientras que otros harán que los dientes luzcan menos lustrosos. Estos cambios son normales y desaparecerán cuando el niño se lave los dientes el próximo día.

**¿Cuánto tiempo dura el barniz de fluoruro?**

El barniz se pega a los dientes hasta que se cepillan el próximo día pero el fluoruro sigue trabajando por varios meses para proteger los dientes. El barniz trabaja mejor si es pintado en los dientes entre 2 y 4 veces al año, como sea recomendado por el proveedor de salud de su hijo.

**CONSEJOS ÚTILES LUEGO DE LA APLICACIÓN DEL BARNIZ**

Espere hasta el próximo día para cepillarle los dientes del niño. Dele al niño sólo alimentos suaves por el resto del día después del tratamiento. Evite darle a su hijo alimentos calientes, duros o pegajosos después de la aplicación del barniz. Los alimentos duros o gomosos pueden despegar el barniz.

**Nombre del Estudiante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**# de Identificación del Estudiante:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Grado: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del Padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono (Durante el día):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TODA LA INFORMACIÓN MÉDICA DEBE SER COMPLETADA**

1. ¿Está el niño en buena salud? **SÍ NO**

2. ¿Está el niño bajo atención médica en este momento? **SÍ NO**

Si contestó sí, por favor explique:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. ¿Está el niño tomando algún medicamento en este momento? **SÍ NO**

Si contestó sí, por favor escriba los medicamentos:\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. Por favor circule cualquier enfermedad o condición que su hijo haya tenido durante su vida:

Tuberculosis Hepatitis Asma

Reuma Fiebre Diabetes

Soplo en el Corazón Anemia

Epilepsia Convulsiones

Problemas del Riñón Enfermedad del Hígado

Trastornos Inmunológicos

Glaucoma

5. Otros problemas de salud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Otras alergias: **SÍ NO**

7. ¿Ha tenido su hijo alguna vez algún sangramiento prolongado después de una cirugía? **SÍ NO**

8. ¿Cuándo fue la última vez que su hijo recibió una aplicación de barniz de fluoruro? Fecha Estimada \_\_\_\_\_\_\_\_

 Programa de Salud Oral en la Escuela