

SELLADORES



Desprotegido
Sin selladores



Protegido
Con selladores

FLUORURO DE DIAMINO DE PLATA (SDF)



Carie activa



Carie no activa

Datos sobre su hijo(a)

Nombre del menor:

Primer nombre Segundo nombre Apellido Sexo Fecha de nacimiento Edad

Dirección domiciliaria:

Calle y número Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono Nombre de la escuela Grado Maestro

Raza (Marque todo lo que corresponda):
 Blanca Negra o afroamericana Asiática
 India americana o nativo de Alaska Hispana Natual de Hawái o de las Islas del Pacífico Otra

¿Su hijo(a) tiene TennCare? Sí No

Número de seguro social del menor (opcional)

Padre/madre/tutor: Complete a continuación los antecedentes médicos del estudiante

¿Su hijo(a) tiene algún tipo de alergia? Sí No ¿Alguna alergia a la plata o metales? Sí No

En caso afirmativo, ¿a qué? _____

¿Su hijo(a) toma algún medicamento? Sí No

En caso afirmativo, ¿a qué? _____

¿Hay algo más que debemos saber acerca de la salud y la conducta de su hijo(a)? Sí No

En caso afirmativo, ¿qué? _____

¿Su hijo(a) ha ido al dentista en los últimos doce meses? Sí No

Doy mi consentimiento para que mi hijo(a) participe en los programas de selladores, barniz de fluoruro y fluoruro de diamino de plata proporcionados por el Departamento de Salud de TN. A lo mejor de mi conocimiento, se respondió con precisión a las preguntas de los antecedentes médicos. Se me entregó una copia del aviso de las normas de privacidad del departamento de salud, o está a mi disposición a través de la enfermera de la escuela o a través del departamento de salud local.



Firma de la madre/del padre o tutor

Fecha

Si su hijo(a) no tiene TennCare y cree que pudiera tener derecho, presente una solicitud en línea en www.tn.gov/tenncare.html o llame al 1-855-259-0701.

Antecedentes médicos

Consentimiento de los padres